

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N^o
488

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

SPIRO N. LIBERATO

Né à Céphalonie (Grèce), le 23 janvier 1906,
Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale,
de l'Institut Supérieur d'Hygiène,
de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie.

ÉTUDE

DU

Problème médico-légal de l'épilepsie

Président : M. CLAUDE, Professeur.

POITIERS

IMPRIMERIE NICOLAS, RENAULT ET C^{ie}.

15, RUE ARTHUR-RANC, 15

—
1931

Etude du Problème médico-légal de l'épilepsie

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

N^o 1

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

SPIRO N. LIBERATO

Né à Céphalonie (Grèce), le 23 janvier 1906,
Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale,
de l'Institut Supérieur d'Hygiène,
de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie.

ÉTUDE

DU

Problème médico-légal de l'épilepsie

Président : M. CLAUDE, Professeur.

POITIERS

IMPRIMERIE NICOLAS, RENAULT ET C^{ie}.

15, RUE ARTHUR-RANC, 15

—
1931

I. — PROFESSEURS.

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ CUNEO.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLY-BERT.	Physiologie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
SAUMÉ.	Chimie biologique.
BROCO.	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT.	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN.	Pathologie médicale.
HAZARD.	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	Pathologie chirurgicale.
MULON.	Histologie.
OBERLING.	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU.	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE.	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX.	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE.	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.

MM.	
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.	Education physique.
WEIL-HALLE.	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

* ANGELO G. LIBERATO

Dont la vie restera toujours pour
moi le meilleur des exemples.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE,
Professeur de clinique des maladies mentales,
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse, en témoignage de
notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE DOCTEUR A. CEILLIER

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, qu'il trouve ici
l'expression de toute notre
reconnaissance.

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE PROFESSEUR
V. BALTHAZARD,

Doyen de la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Directeur de l'Institut de Médecine légale
et de Psychiatrie.

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

INTRODUCTION

« Réhabiliter partiellement l'épilepsie est une lourde tâche, je l'avoue, mais plus il est difficile de réussir dans cette entreprise et plus il y a nécessité de l'affronter. Il importe, en effet, de réagir contre l'abandon dans lequel on a jusqu'à présent laissé les épileptiques vivre et mourir. Les ressources thérapeutiques les plus ingénieuses, les tentatives les plus hardies et les dévouements les plus admirables sont constamment au service des scrofuleux, des phtisiques et des cancéreux ; aucun effort ne coûte, aucune pratique ne répugne, aucune patience ne se lasse, dès qu'il s'agit de soulager, d'améliorer et de consoler ces malades. Les épileptiques, au contraire, réputés incurables depuis l'antiquité la plus reculée, jusqu'en 1867, regardés comme compromettants pour l'honneur des familles et considérés comme dangereux pour la vie d'autrui, ont fait le vide autour d'eux... Chassons les ténèbres que la tradition a amoncelées autour de l'épileptique, réduisons à néant les erreurs et les préjugés que l'ignorance propage complaisamment depuis tant de siècles ; mettons-le à nu ; montrons-le ce qu'il est ; examinons-le froidement de tous les côtés ; déroulons les tristes archives de ses infirmités physiques, de ses défaillances intellectuelles et de ses inconscients forfaits ; discutons la situation exceptionnelle qui lui est faite ; apprécions son degré de responsabilité devant la loi, et préparons, pour l'avenir, des solutions conformes aux principes du droit et aux sentiments de l'équité naturelle. »

Nous ne saurions mieux commencer notre travail que par ces phrases de Legrand du Saulle qui, malgré qu'elles aient été écrites il y a plus de cinquante ans, montrent le problème psychologique et médico-légal de l'épilepsie dans toute son ampleur et avec toutes ses difficultés, tel qu'il est encore aujourd'hui en dépit des travaux nombreux et importants dont il a été l'objet. L'aspect de la question a cependant changé depuis 1877. Il n'est nul besoin de réhabi-

litér actuellement les épileptiques, tout au moins aux yeux du médecin. Sans être beaucoup plus avancés au point de vue théorique, nous savons au point de vue pratique à quoi nous en tenir. Nous savons que le mal comitial, essentiellement protéiforme, se montre sous des aspects trompeurs, n'ayant en apparence aucun rapport avec l'accès convulsif dont on a fait pendant des siècles les seules manifestations authentiques de l'épilepsie. Aussi, nous semble-t-il, l'opinion médicale est faite sur la question des équivalents psychiques de l'épilepsie ; opinion, sans doute, purement empirique, mais suffisante pour dicter une conduite pratique conforme aux données actuelles. L'effort, d'ailleurs tout à fait légitime, s'est dirigé ces derniers temps vers le problème biologique de l'épilepsie. Tous les chercheurs se sont jetés sur la piste du substratum anatomique de la maladie, du déterminisme humoral des accès, des modifications physio-pathologiques de ce qu'on pourrait appeler le terrain épileptogène. Tout en reconnaissant que la solution définitive du problème doit venir de ce côté-là, nous en ferons dans le présent travail complètement abstraction. Notre prétention n'étant pas d'écrire un ouvrage d'ensemble sur l'épilepsie, nous nous bornerons sur deux points particuliers de la question : le mécanisme physiologique des manifestations psychiques d'une part, et la position juridique et sociale des épileptiques d'autre part. Nous avouons que le véritable but de notre thèse est de montrer l'absurdité de l'appréciation actuelle de la responsabilité des comitiaux et la situation lamentable et mal déterminée qu'ils ont dans la société.

En effet, si le médecin, comme nous l'avons dit plus haut, sait actuellement à quoi s'en tenir en présence d'un épileptique psychique, la conduite des autorités et de la justice n'a guère changé depuis que Legrand du Saulle, Féré, Charcot, etc., ont réclamé une indulgence et une considération plus équitable pour ces malades trop souvent pris pour des criminels. Alors que dans de nombreux pays étrangers, particulièrement en Belgique, l'assistance aux épileptiques est assez bien assurée, en France ils restent exposés à la misère et risquent d'être condamnés à chaque instant pour des délits et des crimes qu'ils ne pouvaient pas s'empêcher de commettre. Alors que le Code pénal français est un des plus équitables pour les aliénés, les épileptiques ne semblent pas toujours bénéficier des mêmes avantages. Mais la question de l'assistance aux épileptiques n'est pas seulement une nécessité dictée par l'humanité

la plus élémentaire, c'est une mesure de préservation sociale indispensable et urgente.

Mais, comme le disait Legrand du Saulle dans les phrases citées plus haut, pour aborder les problèmes pratiques de la médecine légale des épileptiques, il faut les avoir étudiés dans les ressorts intimes de leur psychisme profondément touché, il faut avoir regardé dans les rouages délicats de leur mentalité dont un dérèglement subit peut leur faire commettre les crimes les plus abominables, sans que l'on puisse les en rendre responsables. — Nous ne pouvons avoir la prétention d'apporter de nouvelles lumières sur ces questions si controversées, si difficiles ; tout au plus pourrions-nous y mettre quelque ordre, montrer combien les diverses manifestations psychiques, mises sur le compte de l'épilepsie, sont disparates dans leur essence. C'est attirer l'attention une fois de plus sur le polymorphisme extrême de ce mal, déroutant le médecin et embarrassant le magistrat.

Sans vouloir faire un historique complet de la question (que l'on trouve en détail dans la thèse documentée de M. Picard), il ne nous semble pas inutile de retracer rapidement l'évolution des idées.

Les manifestations psychiques associées aux accès convulsifs seules étaient connues des Anciens. Les grands psychiatres français du commencement du XIX^e siècle, Pinel, Esquirol, ne semblent pas avoir apporté de nouvelles connaissances à ce sujet. La notion d'épilepsie larvée, d'équivalents psychiques, est due à Falret et à Morel. Ces deux auteurs, dont la maîtrise dans l'observation clinique a été admirée par plusieurs générations, ont décrit presque en même temps, en 1860, des formes purement psychiques du mal comitial. Deux ans avant, Billod a déjà émis une hypothèse qui devait se confirmer plus tard. Il disait à propos des accès de fureur maniaque : « Les accès d'épilepsie et ceux de fureur ne seraient-ils pas deux formes d'accès du même mal, deux effets différents de la même cause. » Deux ans plus tard, Falret s'exprime à peu près dans les mêmes termes, disant que les absences, les fugues et diverses autres manifestations psychiques, d'une part, et les convulsions, d'autre part, ne sont que « deux manifestations diverses d'un même état morbide qui peuvent exister séparément ou simultanément. » — Cette conception des manifestations psychiques mises sur le compte de l'épilepsie, même en l'absence de tout accès convulsif, a, bien entendu, vite fait de trouver des adversaires. L'attaque,

dirigée surtout par Christian, a été tellement forte qu'on a vu un certain revirement de la part même de Billod et de Morel. Cependant, Charcot, Trousseau, Pitres, Tardieu, Luys et beaucoup d'autres ont accueilli l'épilepsie larvée et ont contribué à en élargir le cadre. Nous reviendrons d'ailleurs sur ces faits à propos de l'automatisme épileptique. Plus tard, on voit toujours dans l'évolution des idées les deux mêmes courants : l'un contestant à l'épilepsie certaines formes psychiques, l'autre l'enrichissant de plus en plus. Actuellement nous sommes encore en présence de ces deux opinions contraires. Nous reviendrons sur la discussion de ces deux opinions plus loin. Cette discussion a, en effet, une très grande importance doctrinale et psychologique, mais pratiquement nous pourrions, à la rigueur, nous contenter de dire qu'il existe des manifestations psychiques extrêmement complexes que les uns attribuent à l'épilepsie, les autres à l'hystérie ou même à d'autres psychoses. Il est difficile de se prononcer sur leur nature exacte, mais il n'en paraît pas moins sûr qu'il s'agit de manifestations pathologiques, réclamant au point de vue juridique et social des considérations spéciales.

On pourrait s'imaginer que chaque fait découvert dans le domaine scientifique devait avoir son retentissement pratique. En réalité, il n'en était rien. L'attitude de la société envers les épileptiques s'est très peu modifiée depuis les découvertes de la fin du siècle dernier. Nous ne voulons pas nous répéter sur ce point, d'autant plus que nous aurons à y revenir encore dans le courant de ce travail. Mais le fait est là, et c'est à nous d'insister là-dessus une fois de plus.

Notre travail se divise tout naturellement en deux grandes parties : l'une consacrée à l'étude du mécanisme psychologique de l'épilepsie, servant en quelque sorte d'introduction à l'autre, dans laquelle nous aborderons l'étude du problème médico-légal. — Dans la première partie, essentiellement théorique, nous ferons d'abord une esquisse de la conception actuelle de l'épilepsie au point de vue de son mécanisme nerveux, puis nous étudierons, à la lumière de cette conception, les diverses sortes d'automatisme comitial. — Après avoir jeté les bases théoriques, nous aborderons la partie pratique de notre travail par un chapitre consacré aux actes antisociaux des épileptiques, puis nous considérerons les difficultés du diagnostic de l'épilepsie, envisagées surtout du point de vue de l'expertise médico-légal. Par la suite, nous montrerons

la situation sociale et légale actuelle des épileptiques, pour insister dans le dernier chapitre sur les réformes qui nous semblent indispensables et urgentes.

Entre les deux parties de notre travail, nous plaçons les observations, destinées à illustrer par des exemples les faits sur lesquels nous insisterons.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE SUR LE MÉCANISME PSYCHOLOGIQUE
DE L'ÉPILEPSIE

CHAPITRE PREMIER

CONCEPTION ACTUELLE DE L'ÉPILEPSIE

Comme nous l'avons dit plus haut, nous nous bornerons dans notre étude à ce qui est purement nerveux ou même psychique. Dans l'exposé qui suit, nous laissons donc systématiquement de côté les conceptions anatomiques, humorales, etc., de la pathogénie du mal comitial. Avant de pénétrer dans ce mécanisme mystérieux qui fait qu'un individu en apparence normal devient brusquement le jouet d'une puissance irrésistible, anéantissant sa volonté, sa résistance morale et en faisant moins qu'un animal, nous voudrions éviter une discussion qui est capitale pour certains, mais qui nous semble être, du point de vue qui nous occupe, tout à fait secondaire. Nous voulons parler de la nature organique ou fonctionnelle des troubles qui déterminent la crise d'épilepsie. Il n'est pas douteux aujourd'hui que la plupart des épilepsies sont la traduction clinique d'une lésion cérébrale facilement visible, souvent bien localisée, que ce soit une tumeur, une séquelle traumatique ou une lésion inflammatoire, syphilitique ou autre. Si, au point de vue de la grosse étiologie, suffisante pour les besoins de la clinique et de la thérapeutique, la lésion explique beaucoup de choses, elle ne saurait suffire pour une explication scientifique de la crise épileptique. Pourquoi et par quel mécanisme cette lésion va se manifester d'une façon paroxystique et par un syndrome si particulier ? L'existence ou non d'une lésion organique importe peu lorsqu'on envisage la question de cette manière-là.

Depuis l'époque où l'on a commencé à faire une étude véritablement scientifique de l'épilepsie, on a toujours voulu opposer l'étiologie psychogène à l'étiologie organique. Nous ne discutons pas la valeur de cette distinction au point de vue thérapeutique. Le médecin qui, actuellement, ne se demanderait pas devant tout

épileptique s'il ne s'agit pas d'une cause organique accessible au bistouri ou à la médication spécifique se rendrait sans aucun doute coupable. Se plaçant à un point de vue plus théorique, la même question devient plus accessoire. L'épilepsie est un syndrome pouvant être dû aussi bien à une cause organique qu'à un trouble fonctionnel. Sans vouloir faire du paradoxe, nous pourrions même dire que l'épilepsie, ou plus exactement la crise épileptique, est un trouble fonctionnel du système nerveux pouvant survenir à la suite de la présence d'une lésion ou très souvent en l'absence de celui-ci.

Dans ce qui suit, nous raisonnerons toujours sur cette base, et la conception que nous développerons se bornera sur le déterminisme de l'état paroxystique, sans aucunement préjuger de la cause organique ou fonctionnelle. Il nous semble qu'en psychiatrie la méthode anatomo-clinique ne pourra jamais donner d'aussi brillants résultats que dans la pathologie viscérale. Il s'agit dans la première de mécanismes pathogènes si délicats, se portant sur des organes d'une telle complexité, perturbant des fonctions si peu connues même dans leur jeu normal, qu'il est difficile de s'imaginer les lésions matérielles qui leur correspondent. Nous disions d'ailleurs qu'au point de vue purement psychologique cela avait très peu d'importance, et une fois pour toutes nous éliminons ce côté de la question de notre travail.

La sainte horreur qu'inspiraient les épileptiques aux anciens ne pouvait naturellement conduire qu'à la conception divine de la pathogénie de cette maladie. Nombre de « possédés » traités par l'exorcisme furent sans aucun doute des épileptiques. Il est curieux de constater que cette idée de la possession de la personnalité du malade par une puissance occulte, par un démon, une des plus anciennes conceptions de la pathologie, n'est pas en contradiction avec les données les plus récentes. Il y a, dans l'épilepsie, — nous entendons pendant la crise d'épilepsie, — une altération de la personnalité qui, comme nous le verrons plus loin, peut aller extrêmement loin. Paracels était encore plus près de la réalité quand il a qualifié l'épilepsie d'une image saisissante : « le tremblement de terre de l'homme ». Il a fait cette comparaison à propos de l'accès convulsif qu'il connaissait seul, mais elle est encore plus vraie de l'épilepsie psychique. Il y a dans cette dernière un bouillonnement et même une éruption du centre de notre personnalité, centre fait d'instincts primitifs, indomptés, qui, normalement, restent enfouis

sous l'écorce épaisse de l'éducation et de l'adaptation sociale.

Lorsqu'on a commencé à connaître la structure du système nerveux, les premières explications ont été émises sur la pathogénie de l'épilepsie. Les premières expériences des physiologistes ont attiré l'attention sur le bulbe. Aussi Claude Bernard, Brown-Séquard et Germain Sée pensaient que l'épilepsie est essentiellement une hyperréflexivité bulbaire. A cette théorie manifestement insuffisante pour expliquer tous les cas est venu s'opposer triomphalement la théorie corticale. En 1870, Hitzig a montré que l'excitation du cortex produit des convulsions nettement localisées selon l'endroit de l'excitation. Devant la démonstration expérimentale de ce fait, on a eu tendance à attribuer toute épilepsie à l'excitation du cortex. L'épilepsie psychique consisterait également en un état d'excitation de certaines zones corticales, ce serait essentiellement une « convulsion mentale ». — Cependant on s'est vite aperçu que tout ne peut s'expliquer par une irritation anormale de l'écorce cérébrale. Même dans l'accès convulsif, seul l'élément clonique pouvait relever de la corticalité; l'élément tonique, par contre, relèverait d'une atteinte des centres sous-corticaux. La question devient, bien entendu, beaucoup plus complexe pour les manifestations psychiques.

En admettant pour certain que l'écorce joue un rôle important, comment concevoir son action au point de vue du mécanisme de la crise. La comparaison classique avec la bouteille de Leyde qu'on a déjà été obligé d'imaginer était une singulière bouteille de Leyde se déchargeant sur elle-même. Aussi, la totalité des auteurs ont adopté actuellement une opinion éclectique. Il y a, certes, action de l'écorce, mais elle ne résume pas toute l'épilepsie. Il y a une large participation des centres inférieurs dont un grand nombre ont été incriminés par divers auteurs : noyaux du tronc cérébral (Nothnagel), corné d'Ammon et cellules de Purkinje du cervelet (W. Spielmayer), corps striés, *globus pallidus*, noyaux du pédoncule cérébelleux supérieur (Zichen), noyau rouge (R. Magnus), etc.

Dans toutes ces études, on a eu surtout en vue l'épilepsie classique, convulsive. Les essais de localisation sont à peu près impossibles pour les équivalents psychiques, nous n'y insisterons donc pas. Ce qui nous importe, c'est de trouver, comme explication, un processus général pouvant s'appliquer sur tous les cas d'épilepsie et permettant ainsi de donner une définition de ce syndrome. Cette définition a pour nous une importance primordiale, car grâce à

elle nous pourrions plus loin délimiter ce qui appartient à l'épilepsie et ce qui n'en est pas. Pour que ce processus soit très général, il faut faire abstraction, non seulement de la cause, non seulement du mécanisme biologique que nous avons déjà exclu du domaine de nos préoccupations, mais également de la localisation du trouble nerveux. Nous verrons qu'en réalité, actuellement il est impossible de tracer une frontière absolue entre l'épilepsie et certaines manifestations que Gowers appelle « *the Border-Land of epilepsy* », manifestations que nous désignerons avec M. Pagniez du terme de paraépilepsie.

Voyons les définitions, basées sur le processus physiologique, que divers auteurs ont tenté de donner au mal comitial. V. Parant, dans son rapport au Congrès de Psychiatrie de 1895, dit que l'épilepsie est essentiellement une maladie irritative. Il joue par la suite avec ce mot d'irritation pour expliquer l'humeur irritable des épileptiques. Dans un travail d'ensemble récent, M. Cestan déclare que « l'épilepsie est le résultat de l'excitation de l'encéphale ». Cette définition n'est certainement pas fausse, mais elle ne fait mention que d'une partie des processus qui se produisent au niveau du système nerveux.

Pour pouvoir donner à l'épilepsie une définition aussi générale que possible, ne s'appliquant cependant qu'à ce seul syndrome, il nous faut faire appel à certains travaux récents concernant la physiologie et pathologie générales du système nerveux.

Tout d'abord, les travaux de Pavlov donnant une réalité expérimentale à la notion créée par Brown-Séquard de l'inhibition. Il semble, d'après ces recherches, que tout le fonctionnement aussi bien normal que morbide du système nerveux se fait par le jeu des excitations et des inhibitions. Une excitation forte crée autour d'elle une zone d'inhibition, et une inhibition intense crée dans les territoires connexes des zones d'excitation. La hiérarchie bien connue des centres nerveux acquiert un sens concret en disant qu'un centre supérieur règle l'état d'excitation ou inhibition des centres inférieurs. — Il est vraisemblable que ce jeu continu se produit par le mécanisme des variations de chronaxie, comme le montrent les récentes expériences de Lapique et de ses élèves sur l'action des centres supérieurs sur la chronaxie des éléments subordonnés.

La conception de Pavlov éclaire singulièrement la théorie pathologique de Hughlings Jackson émise il y a quarante ans. Cet

auteur admettait que les lésions du système nerveux ne déterminent que des effets indirects, dus à l'exaltation des centres qui sont hiérarchiquement subordonnés à la région lésée. — En réalité, comme l'a montré Head, qui a repris plus récemment la théorie de Hughlings Jackson, la loi ainsi énoncée est trop absolue. Il y a deux catégories de troubles de fonctionnement du système nerveux : la désintégration, qui est la perte de fonction du centre lésé associée à l'exaltation des centres inférieurs, et la libération du contrôle qui est l'exaltation des centres seule sans aucun effet négatif du centre lésé. Pour concrétiser cette conception par un exemple, nous citerons une lésion corticale qui peut déterminer une hémiplégie spasmodique par désintégration et une épilepsie par libération du contrôle. Nous voici loin de la théorie purement corticale de l'épilepsie. Pour l'épilepsie convulsive, la conception de Hughlings Jackson a été admise par Binswanger et par MM. Claude et Baruk. Ces derniers auteurs ont apporté des preuves expérimentales de la réalité de cette façon de voir. A la suite des travaux de De Jong qui a réussi de provoquer chez l'animal une catatonie expérimentale par la bulbocapnine, les auteurs français ont constaté que « l'emploi de la bulbocapnine à doses progressives chez un animal déterminé, comme le singe, par exemple, réalise, en effet, les stades successifs suivants :

Avec les petites doses : le sommeil (l'animal est facilement réveillé).

Avec les doses un peu plus fortes : la catalepsie (l'animal accepte et garde les positions qu'on lui imprime).

Avec des doses encore un peu plus fortes : des hyperkinésies (impulsions brusques, gestes stéréotypés, c'est-à-dire, en somme, des crises d'automatisme).

Avec des doses encore plus fortes : la crise épileptique typique (convulsions, morsure de la langue, émissions d'urine, etc.) ».

Voici des arguments pour cette théorie du mécanisme de production de la crise épileptique qui, sans être pour le moment plus qu'une théorie, semble avoir le mérite de ne pas être en contradiction avec les données actuelles de la physio-pathologie du système nerveux. Elle permet, en outre, comme nous le verrons formuler, une définition physiologique, ou, selon l'expression de M. Claude, « dynamique » de la crise épileptique.

Dans toute crise épileptique, convulsive ou psychique, il y a donc une perturbation fonctionnelle du système nerveux se mani-

festant par deux ordres de symptômes : les uns de déficit, les autres d'exaltation. Les premiers peuvent être déterminés, selon la conception de Head formulée ci-dessus, par une inhibition d'un centre ; les autres par une libération des centres subordonnés au premier. Mais, comme l'ont montré Hughlings Jackson et à sa suite Head, il peut y avoir prédominance soit des phénomènes d'inhibition, soit des phénomènes de libération. Ce fait aura une importance capitale dans la discussion des formes conscientes de l'épilepsie psychique.

Dans les cas habituels d'équivalent épileptique, les signes de déficit sont représentés par la perte de conscience et par l'amnésie consécutive, les signes de libération constituent essentiellement les phénomènes d'automatisme. Nous pensons que ces deux éléments se retrouvent sous des formes très variées dans toute crise d'épilepsie, et nous pensons qu'à eux deux ils suffisent pour en donner une définition. Dans l'épilepsie convulsive, la perte de conscience, ou tout au moins l'impossibilité d'une action spontanée représentent l'élément déficitaire ; les convulsions, l'automatisme.

D'après ces données, comment pourrions-nous définir l'épilepsie ou plus exactement la crise épileptique ? Aux deux notions d'inhibition et de libération, il nous est nécessaire d'ajouter encore deux restrictions : la brusquerie du début et de la terminaison du processus et, malgré l'abstraction que nous faisons de toute localisation, la limitation des phénomènes au système nerveux cérébro-spinal ou, pour rester dans le domaine fonctionnel, aux fonctions de relation. Cette dernière restriction nous permet d'éliminer certains syndromes paroxystiques viscéraux : asthme, angine de poitrine, etc., que nous pourrions appeler des paraépilepsies. La brusquerie du début est nécessaire pour éviter la confusion avec d'autres processus d'automatisme ne se distinguant pas de l'épilepsie dans leur mécanisme psycho-physiologique, mais que les nécessités de la clinique et de la tradition en séparent radicalement. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

L'épilepsie se résume donc en une inhibition subite d'un centre supérieur libérant des centres inférieurs subordonnés à celui-ci, les centres nerveux assumant des fonctions de relation. — Loin de nous de prétendre que cette définition soit assez générale et cependant suffisamment exclusive pour s'appliquer à toute crise épileptique et rien qu'à une crise épileptique. Il est évident qu'on ne peut définir correctement une chose dont on ignore la nature certaine. D'ailleurs la recherche d'une définition de l'épilepsie, comme nous l'avons dit

au début de notre travail, n'est qu'un moyen auxiliaire pour nous pour étudier, d'une part, les processus psychiques qui sont à la base des équivalents comitiaux, d'autre part les limites que nous devons tracer entre épilepsie et les états voisins. Quelque conventionnelle que soit cette limite, nous ne pouvons nous dispenser de la tracer au point de vue pratique, tout en réservant notre opinion sur sa valeur scientifique.

Après avoir montré que nous ne nous faisons pas d'illusions sur la valeur de notre définition, qu'il nous soit permis de la choisir néanmoins pour guide dans la suite de ce travail. Il nous semble qu'elle s'applique très bien sur les formes psychiques paroxystiques de l'épilepsie. Chacune de celles-ci, malgré une apparente variabilité extraordinaire... échappant à toute systématisation, présente deux ordres de symptômes : des signes d'inhibition (perte de connaissance, amnésie) et des signes de libération (phénomènes d'automatisme, tendances, etc.). Nous aurons, par la suite, l'occasion d'insister sur la variabilité quantitative de ces deux facteurs. Il peut y avoir une prédominance des phénomènes d'inhibition, à tel point que les symptômes de libération n'apparaissent point ; par exemple, vertige ou absence sans automatisme. D'un autre côté, les phénomènes de libération peuvent exister, en apparence, seuls, comme dans les cas d'automatisme conscient et amnésique. Ici c'est le rôle du médecin et de l'expert de rechercher les manifestations peu apparentes de déficit inhibitoire.

En nous référant à la loi de Hughlings Jackson, modifiée par Head, mentionnée plus haut, nous rencontrons dans l'épilepsie les deux types de trouble nerveux que ce dernier auteur distingue :

1^o Désintégration, c'est-à-dire signes d'inhibition associés à des signes de libération des centres subordonnés au centre inhibés ; le type en est l'automatisme épileptique banal avec perte de connaissance et exécution d'actes plus ou moins sommaires.

2^o Libération de contrôle, où seules les manifestations positives du centre libéré existent, comme dans l'épilepsie consciente et mnésique.

Cependant, cette application des données de Head sur l'épilepsie nous montre combien sa conception est schématique. On connaît, en matière d'épilepsie psychique, tous les intermédiaires entre la désintégration et la libération du contrôle. Il ne nous appartient pas à discuter ici ces questions de pathologie nerveuse générale. Nous nous bornons de constater que dans l'épilepsie psy-

chique on rencontre des manifestations de deux ordres : les unes négatives dues à l'inhibition d'un centre, les autres positives consécutives à la libération de centres subordonnés. Toutefois, ces deux catégories de symptômes peuvent être présentes dans des proportions très variables, pouvant faire croire à l'existence d'une seule d'entre elles. La recherche méthodique seule pourra montrer dans tous les cas cette dualité des manifestations.

La base physio-pathologique du problème étant ainsi posée, nous aborderons l'étude psychologique de la crise d'épilepsie et du fond mental des épileptiques.

CHAPITRE II

MÉCANISME DES PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES DE L'ÉPILEPSIE

En admettant comme acquis que dans tout paroxysme épileptique il y a un double phénomène d'inhibition et de libération, nous pouvons fonder sur la conception exposée dans le chapitre précédent une théorie du mécanisme psychique des équivalents épileptiques. Il est entendu que cette théorie n'a nullement la prétention d'être personnelle; elle a, comme seul but, d'éclairer certains points douteux en montrant qu'ils sont parfaitement en accord avec les faits physiologiques que nous venons d'exposer.

Pour éviter l'obscurité dans laquelle on tombe aisément en exposant une explication de faits aussi mal connus et aussi vague que l'épilepsie psychique, nous procéderons d'abord à une étude analytique des phénomènes pris à l'état isolé. Nous nous rendons parfaitement compte de tout ce qu'une telle abstraction peut avoir d'artificiel, mais c'est le seul procédé qui nous paraît conduire à une compréhension et partant à une exposition claire.

Nous envisagerons donc d'abord les phénomènes d'inhibition de la crise épileptique, phénomènes qui consistent essentiellement en troubles de la conscience et de la mémoire. Nous montrerons que, conformément à ce que nous avons dit dans le chapitre précédent, ils sont essentiellement variables et que leur absence ne peut être considérée comme une preuve contre la nature épileptique de la crise. Ensuite nous étudierons les phénomènes de libération, manifestations que l'on désigne généralement sous le nom d'automatisme épileptique. Nous insisterons surtout sur le caractère disparate des faits qui sont ainsi englobés sous le même vocable, et sur leur importance dans les formes médico-légales de l'épilepsie. En dernier lieu, nous rattachons à cette étude psychologique

celle du fond mental des épileptiques qui doit rentrer pour une très grande part dans les considérations sur la situation sociale de ces malades.

Après avoir ainsi, nous le répétons, d'une façon artificielle, séparé des phénomènes qui forment un ensemble bien individualisé, nous tenterons d'en faire la synthèse, dans la mesure où celle-ci est actuellement possible.

a) *Phénomènes de nature inhibitoire
du paroxysme comitial*

Nous comprenons parmi les phénomènes inhibitoires de la crise d'épilepsie toutes les manifestations négatives de celle-ci, se caractérisant par la perte d'une fonction. En dehors de leur caractère de négativité, ces manifestations ont probablement le trait commun d'être dues à l'inhibition d'un ou de plusieurs centres nerveux. — Ces manifestations se réduisent au nombre de deux essentielles : la perte de la conscience et l'amnésie. Il est entendu que dans quelques cas d'autres fonctions peuvent être déficientes : motilité, sensibilité, même la statique, mais celles-ci n'ont aucune importance psychologique ni clinique. Par contre, ces deux grands signes classiques du paroxysme comitial que sont la perte de la conscience et l'amnésie méritent que nous y insistions longuement.

On chercherait en vain de définir ce que l'on entend par conscience. Il s'agit là d'une fonction essentiellement psychique que certains tendraient même à considérer comme résumant toute la psychologie. « Les états de conscience, — dit William James, — sont des faits invérifiables. » En effet, la conscience échappe à tous nos moyens d'investigation. Il s'agit là d'ailleurs d'un état tout à fait relatif, essentiellement mobile et dans lequel on distingue au moins deux catégories d'états différents : la conscience du monde extérieur et la conscience de soi (H. Spencer). Nous verrons que, justement chez l'épileptique, il y a, en général, une dissociation de ces deux états de conscience. Il y a, à peu près constamment, des troubles de la conscience de soi, alors que la conscience du monde extérieur peut être presque normale. Il nous semble donc nécessaire dans cette étude analytique de séparer nettement ces deux états de conscience. Le premier seul est un phénomène d'ordre inhi-

bitoire, le second est surtout en rapport avec l'automatisme, aussi nous l'étudierons en même temps que ce dernier.

La perte de la conscience de soi est la manifestation essentielle de l'inhibition épileptique. Nous sommes, en réalité, fort peu renseignés sur le degré exact de la perte de cette conscience à cause de l'amnésie. « L'inconscience n'est pas un phénomène nettement déterminé. Lorsqu'on nous dit qu'un épileptique est inconscient de ses actes, on veut seulement dire qu'il n'en conserve aucun souvenir quand il les a accomplis. Or, l'absence de souvenir ne prouve pas du tout que l'acte oublié a été inconscient. » Féré touche là au problème fondamental de la question de la conscience des épileptiques, problème qui paraît impossible à être résolu actuellement et nous sommes réduits à son sujet à des hypothèses.

Les cas ont besoin d'être sériés à ce point de vue-là. La perte de la conscience de soi revêt au cours de la crise épileptique des formes multiples, depuis l'inconscience absolue jusqu'à la lucidité complète, le malade se rendant exactement compte de ses gestes, mais ne pouvant s'empêcher de les exécuter.

Très schématiquement nous pouvons distinguer trois cas :

1^o Perte de conscience absolue, le malade n'a aucune conscience de sa personnalité. Il y a lieu de faire ici toutes les réserves concernant l'amnésie.

2^o Persistance d'une conscience vague constituant ce que l'on appelle, à la suite des Allemands, des états crépusculaires (*Dammerzustand*).

3^o Conservation complète de la conscience, mais déficience du contrôle volontaire des actes.

Il est inutile d'ajouter que tous les intermédiaires sont possibles entre ces trois formes, et, somme toute, l'état de la conscience ne semble jouer aucun rôle dans l'appréciation de la nature épileptique d'un acte. — Il nous semble que la notion de la perte de la conscience devrait être remplacée par une autre, beaucoup plus constante : celle de la *perte du contrôle volontaire des actes*. Il est évident que cette notion est beaucoup moins susceptible de rendre des services pratiques dans les cas, particulièrement épineux, d'appréciation d'une responsabilité, mais elle correspond, nous le pensons, à la réalité des faits. La notion d'actes impulsifs conscients des épileptiques a été beaucoup étudiée par Ducosté qui leur a consacré sa thèse. Cet auteur montre la fréquence des crises d'épilepsie psychique parfaitement conscientes, « depuis l'aura jusqu'aux

convulsions généralisées, toutes les modalités épileptiques peuvent rester conscientes et mnésiques ». Comme corollaire de cette conclusion, il est indispensable d'admettre que « l'impulsion consciente est, au point de vue légal, irresponsable criminellement et civilement ». A la suite du travail de Ducosté on a trouvé que les automatismes épileptiques conscients étaient d'une très grande fréquence. L. Marchand a analysé soigneusement certain malade qui se voit accomplir des actes automatiques et qui se rend compte qu'il est impuissant à les arrêter. Selon la propre expression du malade, il assiste à la scène « comme un étranger ». Nous aurons l'occasion de revenir sur cette curieuse dissociation de la personnalité, sur cette véritable confusion du moi et du monde extérieur. Livet a attiré l'attention sur des faits analogues; il relate un cas de brûlures graves au moment d'un équivalent épileptique mnésique où « la malade se rendait compte de tout, mais ne pouvait ni appeler, ni se dégager ».

J. Maxwell, dans sa thèse, en 1902, entrevoit déjà l'extrême complexité des troubles de la conscience chez les épileptiques. Cet auteur voit la série de faits à complexité croissante qui va de la simple absence jusqu'à l'exécution d'actes très complexes et parfaitement coordonnés. Il y a tous les degrés de l'état de conscience pendant la crise épileptique, et l'état de la conscience dépendrait de la liaison plus ou moins intacte entre les centres supérieurs et les centres subordonnés, sièges de l'automatisme. Y a-t-il un rapport entre la coordination des actes et la conservation de la conscience ? A l'en croire, à l'observation clinique il ne semble pas y en avoir. On voit de longs voyages accomplis par des épileptiques en état de parfaite inconscience, et, d'autre part, il y a des gestes très simples, voire même des actes absurdes qui s'accomplissent en pleine conscience. Parmi nos observations, il existe un certain nombre de faits délictueux ou criminels accomplis en pleine crise épileptique avec une conservation plus ou moins complète de la conscience (voir *Observations* III, IV, V, XVII et XXX). Mais il est extrêmement difficile de juger de l'état de la conscience, comme nous l'avons déjà fait remarquer, à cause de l'intervention de l'amnésie. Si nous admettons, pour faciliter les explications, que tout ce qui a été accompli avec le concours, sinon le consentement, de la conscience doit rester fixé par la mémoire, nous risquons de commettre une grave erreur. Une explication pourrait être tentée, en invoquant la possibilité de plusieurs états de conscience chez le

même individu. Ceci nous amènerait à supposer un véritable dédoublement de la personnalité. Le fait a été admis pour l'hystérie par Charcot, par Janet, etc., mais y en a-t-il des preuves pour l'existence de phénomènes semblables dans l'épilepsie ? Maxwell relate des cas de reviviscence de la mémoire des faits accomplis pendant une crise antérieure, à l'occasion d'une crise d'automatisme. Il admet d'ailleurs le développement d'une véritable personnalité seconde au cours des crises d'automatisme, personnalité seconde parfaitement autonome ayant sa conscience, sa mémoire, sa volonté à elle. — Il existe, incontestablement, des cas qui ne peuvent guère s'expliquer que par cette hypothèse, et c'est celle-là que nous adopterons, non point qu'elle satisfasse complètement l'esprit, mais parce qu'elle semble la plus logique.

La notion de personnalité seconde, dépouillée de tout le fatras démoniaque et mystique dont certaines explications naïves l'ont encombrée, est parfaitement compatible avec l'esprit d'observation scientifique. Il ne s'agit pas de possession par le démon, d'influence des forces mystérieuses, mais de l'extériorisation de tout un monde caché et ignoré par la conscience. On conçoit aisément que ce monde inconscient, malgré qu'il soit ignoré par notre conscience que nous croyons, à tort, englober toute notre personnalité, fait partie intégrante de notre « moi ». L'épileptique qui accomplit pendant sa crise les actes les plus étranges, ne fait qu'extérioriser sa personnalité, mais une personnalité qui est ignorée de sa conscience. Il y a en nous une foule de tendances héréditaires ou acquises qui profitent de la moindre défaillance de la conscience pour se manifester à l'extérieur. Il n'est pas nécessaire d'admettre pour cela la doctrine de Freud et d'attribuer à la conscience une fonction de censure ; il suffit de se représenter l'infinie variété de nos désirs, de nos idées avortées, en face de la pauvreté manifeste de notre vie affective quotidienne. Que deviennent tous les désirs exprimés ou inexprimés, tous nos sentiments que notre raison réprouve ? Ils sont oubliés, peut-on répondre ; mais qu'est-ce que l'oubli, sinon le passage des faits de la conscience à l'inconscience ? Et la catégorie de faits que nous venons de citer ne forme vraisemblablement qu'une toute petite partie de notre inconscient ; elle s'ajoute aux tendances héréditaires et aux sensations qui ne sont jamais arrivées à la conscience.

Peut-on supposer, d'autre part, que ce monde inconscient grouillant de choses confuses peut ébaucher dans certaines conditions un

phénomène aussi coordonné, aussi logique d'apparence que ce que nous appelons l'activité consciente ? Tout semble prouver que oui. Considérons l'analogie de ces états de conscience épileptiques avec ce que l'on constate dans le rêve. — Il y a dans le rêve une conscience qui ne nous semble pas toujours être la nôtre, mais qui ne peut appartenir qu'à nous, cela ne fait pas de doute. Dans le rêve on retrouve tous les degrés d'états de conscience, comme dans l'épilepsie. Il y a des rêves où notre conscience, proprement dite existe et nous assistons impuissants, passifs, à tous les événements. Il y a, d'autre part, des rêves d'où le sentiment du moi fait défaut, et quand nous nous en souvenons le lendemain, c'est nous qui y ajoutons nécessairement cette notion. Il est évident que l'analogie entre l'état de conscience épileptique et le rêve ne pourrait être poussée très loin. Il y a dans le premier une activité qui fait complètement défaut dans le rêve normal. Une autre différence est l'incohérence du rêve comparée à la coordination de certains actes épileptiques. Nous reviendrons encore sur cette analogie à propos des phénomènes actifs.

Au risque de faire du paradoxe, nous pensons que dans toute crise d'épilepsie psychique il y a un état second. Ce mot est suffisamment vague pour que nous puissions lui donner un sens très large.

Nous pensons qu'il y a en nous, faisant partie de notre personnalité, des états inférieurs, ou mieux des « moi » secondaires possédant une activité propre qui, à l'état de veille et à l'état normal, sont dominés par notre conscience proprement dite, par notre « moi » principal. Que ce « moi » principal vienne à être inhibé, comme c'est le cas dans le rêve et dans la crise épileptique, les « moi secondaires » acquièrent une autonomie et même une conscience propre qui n'a rien de commun en apparence avec ce que nous appelons couramment la conscience, c'est-à-dire la conscience de notre moi principal. — *Il y a état second chaque fois que nos actes ne sont pas commandés par notre conscience première.* — Il va de soi que ces états seconds peuvent revêtir une complexité apparente extrêmement variable. Nous verrons ses différentes modalités plus loin. L'essentiel, ici, c'est la possibilité, au cours de ces états seconds, d'organisation d'une véritable conscience, c'est-à-dire *d'un mécanisme permettant de juger une situation et d'y réagir par des actes adaptés.* On peut alors concevoir, soit la néoformation d'une conscience, comme semble le croire Picard, soit une conscience secon-

daire préexistante qui se manifeste quand la conscience première est inhibée. Picard appuie sa façon de concevoir le développement lent et progressif des automatismes complexes par le fait que la qualité d'adaptation des gestes s'améliore par la répétition des crises. Nous n'avons pas constaté de faits qui entrent dans cette catégorie. Par contre, il nous a semblé à la lecture des observations de cas classiques d'automatisme coordonné, d'automatisme « eupraxique », — selon l'expression de MM. Toulouse, Marchand et Schiff, — que très souvent de grands automatismes ont apparu chez des sujets qui n'ont présenté jusque-là que des manifestations épileptiques insignifiantes, au point de passer complètement inaperçues. — Nous inclinerions plutôt à croire qu'il y a en nous, préformé, un état de conscience seconde ayant une activité normale et qui prend la direction des actes quand la conscience principale est « absente ». Qu'on nous permette une comparaison, bien imparfaite du reste : c'est le sous-directeur qui prend la direction des affaires dans une usine quand le directeur est absent. Mais, dans le cas de notre personnalité, le sous-directeur n'a pas les mêmes principes que son supérieur et les rapports de ces deux administrateurs sont tout à fait particuliers.

Quelle est, en effet, la relation entre le moi principal et le moi second ? Ce qui rend difficile toute analyse à ce point de vue-là, c'est le caractère essentiellement dynamique de ces notions psychiques. Il n'y a pas de barrière nette entre les deux moi. Leur contenu change à chaque instant, il y a passage continuuel de l'un dans l'autre et réciproquement. M. Bergson décrit fort bien ce qui se passe à l'état normal : « Ce que nous avons senti, pensé, voulu, depuis notre première enfance est là, penché sur le présent qui va s'y joindre, pressant contre la porte de la conscience qui voudrait le laisser dehors. Le mécanisme cérébral est précisément fait pour en refouler la presque totalité dans l'inconscient et pour n'introduire dans la conscience que ce qui est de nature à éclairer la situation présente, à aider l'action qui se prépare, à donner enfin un travail utile. » Ce mécanisme cérébral normal qui est essentiellement la fonction de la conscience, — cet appareil perfectionné d'adaptation, — est troublé dans l'état second épileptique. Si nous nous représentons que les deux compartiments essentiels de notre psychisme s'ignorent, comment concevoir l'état de conscience dans les équivalents dits conscients ? On peut penser, — et c'est l'explication qui nous paraît la plus vraisemblable, — que les actes au-

tomatiques ne deviennent conscients que secondairement. La conscience non inhibée, ou partiellement inhibée, ne prend aucune part à la délibération qui précède l'acte, elle le perçoit simplement par les sensations kinesthésiques qu'elle continue à recevoir de la périphérie du corps.

Sans vouloir faire un essai de localisation cérébrale, nous pouvons représenter les choses spatialement de la façon suivante. Il y a dans notre cerveau deux systèmes superposés, ayant chacun leurs voies afférentes et efférentes propres. Que l'appareil supérieur vienne à être inhibé en totalité, l'appareil inférieur reste maître de la situation et dirige le corps pour son propre compte ; le système supérieur n'en saura rien, car son appareil récepteur est hors de fonction. Si, par contre, seul l'appareil de commande est inhibé, le système supérieur peut assister de quelque sorte en spectateur aux agissements du système inférieur. — Théoriquement on peut s'imaginer toutes les réactions selon l'atteinte d'un ou des deux appareils de chaque système. L'adaptation plus ou moins parfaite de l'automatisme dépend de l'atteinte de l'appareil récepteur du centre inférieur, comme nous aurons l'occasion de le discuter plus loin.

En réalité, le schéma que nous venons d'appeler à notre aide n'est qu'une image grossière de l'infinie complexité des phénomènes, tels qu'ils se passent dans la crise d'automatisme épileptique. Il se produit des combinaisons d'actes et d'états de conscience que nous serions bien en peine d'expliquer par notre comparaison. Il y a, en outre, un autre aspect de la relation entre les deux moi. C'est l'aspect affectif ou moral. Sans dire que les deux faces de notre personnalité sont antagonistes, nous pouvons néanmoins constater que, bien souvent, l'inconscient extériorise, pendant l'éclipse de la conscience, des désirs que cette dernière a réprouvés. Nous verrons plus loin combien ce caractère contribue à rendre le problème médico-légal de l'épilepsie d'une extrême difficulté.

A quoi pouvons-nous conclure après cette analyse de l'état de conscience chez les épileptiques ? Nous pouvons dire, sans trop nous hasarder dans les hypothèses, que dans toute crise d'épilepsie psychique il y a une inhibition partielle ou totale de ce que l'on désigne habituellement par le terme *conscience*. L'inhibition de cette conscience proprement dite libère une partie de notre inconscient qui se manifestera par des actes d'une complexité très variable, depuis de simples réflexes jusqu'à des actes parfaitement adaptés

et de longue durée, pour lesquels il nous a semblé nécessaire d'émettre l'hypothèse de l'organisation d'une conscience seconde.

Nous avons dit plus haut que l'étude de la conscience des épileptiques se complique singulièrement du fait de *l'amnésie*. Nous avons vu l'opinion de Féré à ce sujet. Pour cet auteur l'existence d'une amnésie ne prouve pas l'inconscience du sujet au moment de la crise. L'exemple qu'il en donne nous prouve, néanmoins, qu'il concevait l'état de conscience d'une façon qui nous semble trop absolue : « Quand un individu sort de chez lui, descend l'escalier, traverse le trottoir et vient à perdre la mémoire par le fait d'un choc qu'il a subi en mettant le pied sur la chaussée, qui peut dire que cet homme était inconscient quand il a fermé sa porte, sous prétexte qu'il ne se souvient plus de cet acte ? » Cette comparaison ne répond nullement à ce qui se passe dans l'épilepsie. Il n'y a pas d'amnésie rétrograde à la suite de la crise comitiale ; le malade se souvient parfaitement de tout ce qui précède le paroxysme, l'amnésie est uniquement antérograde par rapport au début de la crise. Quand Féré compare donc l'amnésie épileptique à l'amnésie rétrograde du choc traumatique, il ne nous semble pas être dans la voie sûre. D'un autre côté, évidemment, rien ne prouve que le fait de l'amnésie seule suffise pour affirmer que le sujet était inconscient au moment où il a commis les actes dont il ne se souvient pas. La question se résume probablement à savoir si les faits dont il s'agit ont été fixés par la mémoire et oubliés, ou bien s'ils n'ont jamais été fixés. L'existence de formes conscientes et mnésiques de l'épilepsie prouverait un peu que ce qui est conscient est nécessairement fixé par la mémoire et, par conséquent, que seuls les faits, fixés par la mémoire ont été enregistrés par la conscience. Nous ne pouvons discuter sur ce sujet, car nous sommes là sur le terrain mouvant des concepts psychologiques qui ont autant de sens que d'auteurs qui les ont définis.

Un point curieux qui nous occupera particulièrement à propos de la question très importante des aveux des épileptiques, est *l'amnésie retardée*. Déjà Maxwell a noté que l'amnésie peut survenir plusieurs jours après les actes automatiques. Le malade semble d'abord se souvenir plus ou moins vaguement de ce qui s'est passé, puis assez brusquement tout souvenir s'efface. M. Ceillier a analysé le problème de plus près. Quand on arrête un épileptique en pleine crise pour des actes délictueux qu'il vient de commettre, il reconnaît ces actes, mais il leur donne une interprétation particulière.

Notre observation IV donne un exemple typique de ces aveux en pleine crise qui nous permettent d'en tenter une explication. Selon cette observation et une autre que M. Ceillier a résumée dans son rapport au XIV^e Congrès de Médecine légale, tout semble se passer comme si l'épileptique possédait pendant la crise une autre mémoire, une « mémoire seconde », aussi éphémère que la crise même. Rien ne prouve que l'homme qui a volé la jeune fille après avoir fait des gestes qui sont d'accord avec son premier aveu ne se soit réellement imaginé l'histoire qu'il raconte. Il y a, bien entendu, l'hypothèse d'une défense instinctive pour justifier l'acte qu'il venait de commettre, mais cette justification est bien maladroite et va à l'encontre de toute vraisemblance. L'homme qui, dans l'observation de M. Ceillier, va se dénoncer au commissariat de police en racontant qu'il a tué sa maîtresse, qu'il connaissait depuis très longtemps et qu'il aimait beaucoup, n'avait aucun intérêt de faire ces aveux singuliers qu'il a d'ailleurs démentis après la crise. Il s'agissait, en réalité, d'une prostituée qu'il connaissait depuis trois jours. Comme dans notre observation, rien ne prouve ici que le malade ne crût réellement à son histoire, et il a peut-être tué cette femme en croyant vraiment tuer, par jalousie, une maîtresse bien-aimée. Il y a dans les actes absurdes et immotivés des épileptiques une logique cachée qu'on n'entrevoit que dans des cas exceptionnels.

Il nous semble donc que, dans la crise épileptique, il y a l'extériorisation d'une personnalité seconde, ayant sa propre conscience, sa propre mémoire, sa propre logique. L'état de conscience des épileptiques ne se compose donc pas uniquement de phénomènes négatifs d'inhibition, il y a là des phénomènes actifs : la libération d'une personnalité nouvelle, inconnue, que, seule, l'analyse approfondie arrive à identifier avec la personnalité apparente. — On comprend comment la notion d'un état second a pu prendre l'aspect d'une possession par le démon, de domination par des forces inconnues ; quand le sujet conserve sa conscience première, celle-ci ne reconnaît pas sa propre sœur et la prend pour une personnalité étrangère. — Les épileptiques qui assistent en étranger à leur crise ont cette même impression de dépossession, et il en peut résulter un véritable syndrome d'automatisme mental.

Nous en arrivons donc à distinguer dans l'état de conscience et de mémoire des comitiaux, au moment de la crise, deux éléments : un élément négatif, comprenant tout ce qui est inhibé, c'est-à-

dire la totalité ou une partie de la conscience et de la mémoire, dans le sens habituel de ces termes ; et un élément positifs, — que nous avons mis dans ce chapitre pour l'opposer au véritable élément négatif, — et qui comprend toute la personnalité seconde avec ses actes, sa conscience, sa mémoire et ses tendances propres.

b) *Phénomènes de libération du contrôle*

Conformément à la conception très générale de l'épilepsie que nous avons exposée dans le premier chapitre, nous entendons par les phénomènes de libération de contrôle tous les actes anormaux qu'exécute l'épileptique, se trouvant, — du fait de l'inhibition de la conscience, — dans un état particulier que nous avons désigné par le mot classique d'état second, en lui donnant un sens très large. Nous allons donc étudier ici les diverses modalités d'états seconds au point de vue de leur mécanisme psychologique. Nous n'insisterons pas sur la description clinique des diverses formes d'équivalents psychiques, elle est faite dans les moindres détails par les auteurs de la deuxième moitié du siècle dernier, comme Morel, Falret, Charcot, Féré, Legrand du Saulle, etc. Les formes supérieures de l'automatisme épileptique sont étudiées surtout par les auteurs modernes : MM. Toulouse, Marchand et leurs collaborateurs.

Dans ce chapitre, conformément au but de notre travail, nous tenterons de montrer un certain nombre de points particuliers, comme la complexité variable de l'acte automatique allant depuis le réflexe simple jusqu'à un véritable automatisme mental ; comme les divers procédés architectoniques du contenu de l'automatisme, et enfin nous voudrions tenter de rechercher la source, le motif caché de ces actes qui nous permettrait de montrer qu'il y a une logique sous l'incohérence apparente du paroxysme épileptique. Cette logique n'est certes pas la logique banale, ces motifs ne sont pas les mêmes que ceux qui nous font faire des gestes quotidiens ; la personnalité seconde de l'épileptique vit dans un monde différent, voit les choses avec des yeux qui ne sont pas les mêmes qu'à l'état normal. Un fait important à signaler est que ce monde « second » est, avant tout, un monde affectif où la rapidité des réactions affectivo-instinctives contracte avec l'imprécision des réactions motrices élaborées. Il s'agit, en général, d'une affectivité négative.

tive, brutale, qui ignore tous les sentiments délicats, qui cède à l'impulsion immédiate et qui se manifeste par des actes dépourvus de tout cachet humain. Nous reviendrons, dans ce qui suit, en détail sur chacun de ces points.

Voyons, tout d'abord, les actes automatiques selon la qualité de l'adaptation, selon « les variations graduelles des qualités du moi », comme dit Picard. Cet auteur distingue trois degrés de complexité : *a)* velléités d'actes, *b)* actes plus complexes, mais sans adaptation motrice adéquate, enfin *c)* des actes où « le fini de l'exécution cadre avec la coordination des motifs. Cette classification nous semble beaucoup trop schématique, ne donnant qu'une idée tout à fait imparfaite de l'infinie variété des actes automatiques. Il y a une illusion contre laquelle on ne saurait trop se défendre, c'est l'explication des actes d'automatisme épileptique avec notre logique normale. Nous avons vu, et nous ne craignons pas de le répéter, que la personnalité seconde de l'épileptique n'obéit pas aux mêmes motifs que nous, et qu'il est absurde de la juger selon notre logique avant tout intellectuelle. Aussi, tâcherons-nous, dans la mesure du possible, de nous mettre chaque fois dans la situation du malade essayant de le comprendre selon sa propre mentalité.

Qu'est-ce que l'automatisme ? Picard donne à cette notion une définition assez vague : c'est « ce qui émane de nous malgré nous ». Cette définition demande à être complétée sur plus d'un point. Tout d'abord il faut tenir compte de la complexité de notre « moi ». L'automatisme comprend, en effet, des choses qui émanent de nous, en dehors de la participation d'une partie de notre moi, mais sous l'influence directe d'un autre moi qui est la personnalité seconde. — Qu'il nous soit permis de faire ici une petite digression sur l'historique de la personnalité seconde dans l'épilepsie. Kraepelin admettait parfaitement les états seconds épileptiques et c'est selon lui l'explication la plus plausible des phénomènes d'automatisme complexe. A. Binet parle de double vie, à propos de l'automatisme ambulateur comitial ; enfin Delmas déclare que seuls les états seconds épileptiques sont certains ; tout le reste, comme le somnambulisme, l'hystérie, etc., sont sujet à caution et il pourrait bien ne s'agir que de simulation. — Appuyé sur l'autorité de ces auteurs, nous tenterons l'explication des phénomènes d'automatisme sur la base d'une notion d'état second que nous avons d'ailleurs développée à propos de l'état de conscience des épileptiques.

« L'automatisme est la forme prise par certains actes qui, à la suite de multiples répétitions, arrivent à s'effectuer avec une part de plus en plus infime d'attention. » Delmas et Boll définissent ainsi l'automatisme proprement dit, l'automatisme psychologique normal que nous croyons distinct d'un certain nombre d'autres formes d'automatismes qui se rencontrent dans l'épilepsie. Il nous semble que le même terme d'automatisme désigne actuellement en psychologie et en psychiatrie des choses qui n'ont qu'un lien très faible entre elles. « L'absence d'attention, — complètent leur définition Delmas et Boll, — entraîne également l'absence de conscience, et c'est pourquoi les actes automatiques apparaissent également comme des actes inconscients et se rattachent en un certain sens, comme les habitudes dont ils dépendent, au domaine de l'inconscient. » Nous croyons qu'il y a lieu de distinguer des actes automatiques qui s'effectuent sans l'intervention de la conscience, mais, pour ainsi dire, avec son assentiment ; et des actes automatiques en quelque sorte actifs qui émanent d'une conscience seconde qui apparaît presque antagoniste de la conscience principale. Nous pourrions comparer les premiers à certains travaux mécaniques que, dans une usine, l'ingénieur confie à des ouvriers ; les seconds, par contre, au travail d'un contremaître qui travaillerait en dehors et bien souvent à l'encontre des ordres de l'ingénieur. Il y a, au point de vue de la qualité des actes, tous les intermédiaires entre ces deux formes de l'automatisme, mais ce qui les sépare assez nettement, c'est l'intervention, dans la seconde catégorie, d'un élément actif qui donne à ces faits leur caractère pathologique.

Ne serait-il pas utile de ne donner le nom d'automatisme qu'aux faits passifs de la première catégorie ? Il s'agit là, réellement, de ces formes inférieures de l'activité psychique dont parle P. Janet, qui se manifestent par les actes qui ont mûri sous l'influence de la conscience éducatrice et qui en eux-mêmes n'ont rien de pathologique. Nous savons que nous marchons, nous mangeons, nous exécutons mille gestes quotidiens sans l'intervention de la conscience, mais que cependant la coordination de ces gestes, leur adaptation a besoin d'une surveillance continuelle. Pour reprendre notre comparaison, dans une usine, une foule de gestes mécaniques sont exécutés par des ouvriers, mais seule l'activité coordinatrice de l'ingénieur est capable d'unir ces gestes mécaniques en un travail intelligent. Que l'activité coordinatrice vienne à défaillir, il y a désintégration des gestes mécaniques qui n'arrivent plus à for-

mer un tout harmonieux qu'est la production d'une usine ou notre comportement adapté.

Combien différent de cet automatisme passif est le comportement d'un épileptique qui semble exécuter des actes compliqués, coordonnés, mais dans un but différent du normal. C'est l'usine où tous les ouvriers travaillent ensemble sous la direction d'une activité coordinatrice, mais celle-ci est subversive ; c'est un contre-maitre révolté qui incite les ouvriers au sabotage. Il ne s'agit plus d'actes automatiques, l'épileptique qui devient meurtrier dans un paroxysme ou l'ouvrier qui détruit les machines exécute des gestes qu'il n'a jamais exécutés encore ; nous sommes loin du geste appris et indéfiniment répété. Il y a là une activité « seconde » que l'esprit se refuse de qualifier d'automatique. Cette activité a sa coordination, certes, moins parfaite que la coordination normale, car elle siège dans un domaine moins différencié de notre cerveau. Cette activité possède certainement sa conscience, sa mémoire, sa logique propres, mais le tout dans un plan différent de celui de notre vie intellectuelle quotidienne. Herzen, en 1887, a très bien étudié cette vie seconde et la compare, même l'identifie à la conscience renaissante après une syncope. Ayant étudié sur lui-même, voici comment cet auteur décrit cet état : « Pendant la syncope, c'est le néant psychique absolu, l'absence totale de toute conscience, puis on commence à avoir un sentiment vague, illimité, infini, un sentiment d'existence en général, sans aucune délimitation de sa propre individualité, sans la moindre trace d'une distinction quelconque entre le moi et le non-moi ; on est alors une partie organique de la nature ayant conscience du fait de son existence, mais n'en ayant aucune du fait de son unité organique ; on a, en deux mots, une conscience impersonnelle. » Cette confusion du moi et du non-moi a retenu l'attention des auteurs modernes qui ont tenté l'analyse psychique des épileptiques en crise. Christoffel note un état confusionnel très marqué dans lequel le malade ne fait plus une distinction suffisante entre lui-même et les autres (« so unterscheidet der Kranke nicht mehr genügend zwischen sich selber und den ubrigen... »). Persuadé de la réalité de cette conscience primitive distincte de notre conscience différenciée, Herzen compare notre cerveau « à une salle fournie d'un nombre immense de becs de gaz, mais éclairée seulement par un nombre relativement petit et relativement constant de becs allumés qui ne sont pas toujours les mêmes, au contraire, qui changent à chaque instant. A mesure que les uns s'éteignent,

d'autres s'allument. Jamais ils ne sont tous allumés, de temps en temps ils seront tous éteints. »

Cette image rend compte de l'extrême variabilité des états seconds épileptiques. D'une façon tout à fait schématique, on pourrait dire que tout acte s'accompagne d'une conscience élémentaire, correspondant à un bec de gaz de la comparaison d'Herzen. Or, il y a des cas fréquents dans l'épilepsie où un seul bec de gaz est allumé, tous les autres sont éteints. Les nuances sont tellement fines dans tout ce qui touche notre vie mentale qu'il faut même s'imaginer des intensités lumineuses différentes pour chaque bec de gaz. Quand l'épileptique absent exécute un acte élémentaire et maladroitement adapté, comme de porter la main à son front, il y a la faible lueur d'un seul bec de gaz ; quand il accomplit dans l'état second de longs voyages pendant lesquels il se conduit comme un homme normal (Charcot, Legrand du Saulle, etc.), il y a probablement un grand nombre de becs d'allumés, mais ceux qui correspondent à la conscience courante sont éteints. — Cette comparaison a tendance à considérer chacune des parcelles de notre conscience comme de même nature. Nous croyons, par contre, conformément à ce que nous avons dit il y a un instant, que nos consciences secondes sont d'une nature différente de notre conscience principale. Les premières ont des tendances affectives incontestables aux dépens de l'intellectualité, de la fine discrimination, donc de la réaction adaptée sûre et rapide.

Nous avons jusqu'ici distingué, dans ce qu'on appelle l'automatisme comitial, un automatisme vrai et un pseudo-automatisme que nous nous proposons d'appeler une activité seconde. Il y a, en dehors de ces deux groupes de faits, des cas qui n'entrent dans aucune des catégories.

Tout d'abord les grands automatismes coordonnés, eupraxiques, de longue durée où l'exagération des réactions élémentaires affectivo-instinctives fait apparemment défaut. Ces malades, qui effectuent des voyages comme de Paris à Brest (Charcot), du Havre à Bombay (Legrand du Saulle), prennent leur billet de chemin de fer ou de bateau, cherchent une chambre à l'hôtel, se dirigent dans une ville inconnue, comme des sujets normaux, et tout ceci en état second, sans attirer l'attention des gens qu'ils approchent et sans se faire arrêter par la police, doivent se conduire d'une façon impeccable. Or, cette conduite est incompatible avec la vivacité des réactions affectives que l'on rencontre communément dans l'état

second épileptique. Qu'est-ce qui se passe dans ces cas ? Nous n'envisagerons pas ici la question du rapport de ces cas avec l'épilepsie. Nous verrons qu'un certain nombre d'auteurs nient la nature épileptique de ces grands automatismes, mais le phénomène psychique n'en existe pas moins, qu'il survienne chez des épileptiques ou chez des hystériques. Il y a chez ces malades une personnalité seconde d'une richesse extraordinaire, pourvue d'une conscience très développée, pouvant rivaliser avec la conscience proprement dite. Il est difficile de se faire une idée de ce qui se passe chez ces malades. Le plus simple, bien entendu, c'est de les considérer comme des simulateurs, comme le fait Cestan, mais ce n'est pas l'avis de tous les auteurs. Chantemesse et Widal ont présenté un cas de fugue qui a duré vingt jours et qui est survenu chez un sujet qui présente des crises d'épilepsie authentiques; pour ces auteurs il ne faisait pas de doute qu'il s'agissait d'un équivalent épileptique. Il en est de même pour le cas de Charcot où le malade perd connaissance le 18 janvier, à Paris, au soir, avec 900 francs dans sa poche, et reprend connaissance le 26 janvier, à Brest, ayant dépensé 200 francs. Tout porte à croire que cet homme s'est conduit normalement, puisqu'il n'a pas attiré l'attention de la police. Le fait que l'argent qu'il a dépensé ne lui appartenait pas pourrait, à priori, faire douter de sa bonne foi, mais cet homme présentait auparavant des crises d'épilepsie convulsive incontestable vue par Charcot. — L'observation de Legrand du Saulle qu'il publie dans son livre comme « un fait sans précédent dans la science » est beaucoup plus complexe. Il s'agit d'un homme qui perd connaissance en se promenant sur les quais du port du Havre et se réveille trois semaines après en vue de Bombay à bord d'un bateau. Pendant tout le voyage, il s'est comporté comme un passager normal et personne ne s'est aperçu de rien. Cet homme était épileptique, mais, en outre, il était chargé de tares névropathiques qui l'ont conduit finalement au suicide. Son fils, — encore une preuve de la nature un peu spéciale de ces troubles, — qui n'était nullement épileptique s'est suicidé en même temps sans qu'on puisse invoquer un motif valable.

Au point de vue des rapports de ce grand automatisme ambulatoire avec les deux autres catégories de faits que nous avons vues, nous ne pouvons guère nous prononcer. Il y a là quelque chose de supérieur qui tient aussi bien de l'automatisme passif que de l'onirisme affectif. Ces cas sont d'ailleurs relativement rares et nous pou-

vons les considérer provisoirement comme une forme aberrante de l'activité seconde épileptique.

Une quatrième catégorie de faits commence seulement à être connue, ce sont les cas de véritable automatisme mental dans l'épilepsie. Si l'on admet que le syndrome de Clérambault a pour origine « la désapprobation du moi » (Lévy-Valensi), en face des actes et des idées du sujet, nous pouvons concevoir qu'un automatisme épileptique conscient puisse entraîner à la longue l'automatisme mental. Ils'agit, somme toute, de la réaction de l'intellect indemne en présence d'un automatisme banal ou d'une activité seconde. Pour cela il est indispensable que les phénomènes automatiques soient conscients. C'est l'avis de MM. Heuyer et Lamache qui considèrent l'automatisme mental chez les épileptiques comme une psychose induite. M. Marchand pense qu'il y a, dans l'épilepsie, possibilité d'un automatisme mental primitif; et cet auteur engloberait sous ce vocable la plus grande partie des automatismes eupraxiques et les grands automatismes ambulatoires, type Charcot.

Nous sommes donc arrivés à dissocier dans l'automatisme comitial quatre groupes de phénomènes distincts :

1^o Automatisme psychologique proprement dit, c'est-à-dire actes exécutés en dehors de l'intervention directe de la conscience. Il s'agit là de la libération d'actes normaux qu'on exécute machinalement et qui ne pourront guère atteindre un haut degré d'adaptation.

2^o Activité seconde ou manifestations plus ou moins grossièrement adaptées témoignant de l'existence d'une véritable personnalité seconde avec conscience et mémoire propres et avec une forte prédominance des tendances affectivo-instinctives.

3^o Automatisme ambulatoire prolongé, parfaitement adapté, aussi bien au point de vue intellectuel qu'au point de vue affectif. Explication actuellement très difficile.

4^o Automatisme mental épileptique diversement interprété et mal connu.

Dans l'essai que nous tenterons de donner du mécanisme des actes, nous ne tiendrons compte que des deux premiers groupes de faits qui semblent englober probablement presque tous les cas et dont les deux derniers groupes ne sont que des formes un peu aberrantes.

Les *véritables actes automatiques* se distinguent par leur passivité. L'épileptique les accomplit, car aucun contrôle ne l'empêche

de les accomplir, mais rien ne l'y oblige non plus. Nous pensons que les actes automatiques purs sont très rares ; ils coexistent avec l'activité seconde.

Le fait que l'épileptique atteint de crise reste debout, au lieu de tomber, prouve qu'il y a chez lui un *automatisme statique* qui en est peut-être la forme la plus élémentaire.

Le degré suivant dans la complexité est représenté par les divers *automatismes moteurs*. L'épileptique pris d'une absence reste immobile, debout ou bien continue à marcher. La marche est encore un des automatismes les plus fondamentaux. « Si chacun des mouvements de notre marche devait être pensé, — disait Foix, — marcher serait une œuvre de gymnaste qu'on réaliserait à trente ans, et une promenade de 100 mètres un effort surhumain d'adresse et de volonté. Heureusement les automatismes sont là que le cerveau dirige et coordonne un peu à la façon d'un maître d'industrie. » Les automatismes moteurs ne sont pas seulement représentés par la marche ; des fonctions motrices beaucoup plus complexes peuvent être conservées pendant la crise. L'épileptique mange ; il ne sait pas ce qu'il mange parfois, mais les fonctions de mastication et de déglutition sont intactes. Les épileptiques peuvent nager et parfois il y a un automatisme qui va à l'encontre du but de la personnalité seconde ; exemple, l'épileptique qui, obéissant à une impulsion de suicide, se jette à l'eau, puis se met à nager.

Un cas particulièrement typique de l'automatisme pur est l'automatisme professionnel. Comme nous le voyons dans notre observation VI, l'épileptique en crise exécute souvent des gestes professionnels plus ou moins bien adaptés. Parfois cet automatisme professionnel présente une adaptation tout à fait supérieure, comme dans l'observation de Marchand et Bauer où un sculpteur sur bois créait en état de crise de nouveaux motifs décoratifs ou, comme une malade de Picard qui inventait des modèles de chapeaux originaux.

Un autre cas d'automatisme moteur pur est la continuation pendant la crise d'un acte qu'on a commencé avant. Ainsi Magnan décrit des malades qui, pris d'une absence pendant qu'ils mangeaient, continuaient à manger tout ce qu'ils trouvaient sous la main : savon, bougie, etc. Un cuisinier préparant un pot-au-feu est atteint d'une absence ; il continue à mettre dans la casserole tout ce qui est à sa portée : débris de vaisselle cassée, vieilles chaus-

sures, etc. On pourrait ainsi citer des exemples les uns plus baroques que les autres sur l'activité purement automatique.

Nous insisterons surtout sur les activités qui sont susceptibles de nous renseigner sur ce qui se passe dans le psychisme de l'épileptique, comme la mimique, le langage et l'écriture.

La mimique purement automatique n'existe pas, nous verrons dans la suite comment l'épileptique exprime ses sentiments actifs. Le langage se prête déjà beaucoup plus à l'automatisme, nous reviendrons sur certaines paroles prononcées par les épileptiques qui sont du domaine de l'activité seconde; ici n'envisageons que ce qui est à proprement parler automatique. Certains épileptiques prononcent des paroles assez adaptées aux circonstances et dépourvues de toute tendance affective. Ainsi le malade de Baruk qui, pris d'une absence dans le cabinet de consultation, demande au médecin : « Que me voulez-vous, Monsieur ? Qui êtes-vous ? » Dans plusieurs de nos observations les malades prononcent des paroles qui donnent de précieux renseignements sur l'état de leur psychisme pendant la crise. Nous y reviendrons à propos de la question des aveux.

L'écriture peut être automatique dans une très large mesure, non seulement quant au graphisme, mais également quant aux idées et aux formules que le malade exprime. M. Souques cite deux exemples d'écriture automatique pendant la crise. Ces deux exemples sont diamétralement opposés, et, en effet, après la distinction que nous avons faite entre les deux catégories de gestes d'épileptique, nous nous expliquons aisément la différence. — Dans le premier texte il s'agit de véritable écriture automatique. Le voici : « Désolée qu'on ne vous ait pas reçue tout à l'heure ; j'aurais été heureuse de vous charger des choses les plus affectueuses de tous pour Belfort, — ici survient l'absence. — Paul vous demande de vouloir bien remettre à M^{lle} de C... le livre qui lui appartient. » Il s'agit ici d'une écriture d'une femme du monde qui emploie les mêmes formules assez souvent pour qu'elles aient pu devenir automatiques. Aussi, rien dans le texte ne fait supposer que la deuxième partie a été écrite en pleine absence épileptique ; seule l'exécution matérielle de l'écriture est changée, mais très sensiblement.

Le deuxième spécimen que publie M. Souques correspond, par contre, à ce que nous pourrions appeler l'écriture en état second. Voici la lettre : « Chère Madame M... Je vous prie de bien vouloir m'excuser d'avoir tardé à vous écrire, mais avec les patrons on a

jamais fini, et même dimanche, toute la journée, il faut y aller, vu qu'ils parte en voyage pour huit jours au bords de la mer. Chère Madame M... samedi nous avons eu la visite de Monsieur M... qui a été bien fatigué et qui était bien peiné de vous voir souffrante, mais ce qui lui réchauffait le cœur c'est de voir les bons soins dont vous étiez entouré, il faut espérer que votre santé, petit à petit, va aller en s'améliorant, l'on sait bien que cela ne peut revenir tout d'un coupet — l'absence survient à ce moment-là — Sournans il faut exespérer vous vous expéserions que toute loutre vous pitre pour voir ainsi le petit que le petit le pésion que la petite le sœur l'eau nous lecons il faut esperions la centriete va bien et vous êtes vous êtres encre bonne santé. Chers parents je vous remercions sons de vous avons souviens nos parents nous vous avez devons clutions de vos nouvelles je vous remercions mercions, etc. »

Dans ce spécimen le graphisme est à peine changé au moment de l'absence; par contre, le fond change brusquement et on voit apparaître tout un charabia de mots incompréhensibles, des néologismes, une véritable jargonographie, et la lettre change même complètement de sens, car à la fin elle semble être adressée aux parents de la malade. Si nous possédions la clé de ce texte apparemment incohérent, nous trouverions cependant qu'il est dicté par un rudiment d'état de conscience, par un état second, alors que le premier spécimen émane de la conscience première qui se prolonge, en quelque sorte, par une discipline curieuse dans l'absence épileptique.

Ceci nous amène à parler des manifestations de l'*activité seconde*, qui sont autrement plus riches et plus variées que celles de l'automatisme pur. Il est entendu que l'activité seconde emprunte souvent à l'activité automatique ses moyens d'extériorisation, mais ce qui importe, au point de vue de la différenciation de ces deux catégories d'activité, c'est la présence d'une puissance coordinatrice, aussi rudimentaire qu'elle soit.

Il n'est pas forcé que la personnalité seconde se manifeste par des actes, il existe des « automatismes idéatoires » conscients analogues à la tachypsychie, à la fuite d'idées des maniaques (Bicard, Baruk) ou, à un degré plus marqué, une agitation désordonnée. Dans cette catégorie appartient la forme d'état crépusculaire avec excitation à type de moria décrit par Krafft-Ebing.

Nous distinguons de la marche automatique des épileptiques l'équivalent décrit sous le nom d'épilepsie procursive par Bourne-

ville et Bricon en 1887, et appelé par Régis dromomanie. Forster croit qu'à la base de cette forme d'épilepsie il y a une lésion des centres paléostriés et la distingue ainsi nettement des fugues proprement dites qui seraient purement psychogènes. Il s'agit dans le cas de la dromomanie d'une impulsion motrice simple obligeant le malade de marcher en ligne droite ou autour d'une table.

Nous sommes déjà ici en plein état second, encore qu'il soit tout à fait primitif et à une activité mal adaptée. D'ailleurs, comme nous l'avons dit, ce n'est pas l'adaptation qui importe, c'est la notion d'une coordination dans un but qui, bien entendu, est difficilement compréhensible avec notre logique normale. En un mot, il s'agit d'une *impulsion*. Nous croyons qu'impulsion équivaut à activité seconde. Une impulsion n'émane jamais de notre conscience ; elle est perçue ou non par celle-ci, et alors elle nous semble étrangère, ou bien nous nous donnons l'illusion d'un acte volontaire. Notre conscience « justifie », selon la conception de M. Hesnard, l'activité émanant de notre inconscient.

L'impulsion a peu d'influence sur la mimique, aussi l'expression du visage des épileptiques est souvent en désaccord avec leurs actes.

L'impulsion verbale est très fréquente, le cri initial des crises convulsives en serait la forme la plus rudimentaire. A un degré de plus, le malade prononce un mot ou une série de mots, souvent les mêmes. C'est ce que Charcot, puis Magnan, ont désigné sous le nom d'*onomatomanie*. Picard cite des cas où le malade prononce des bribes de phrases : « A l'eau, à l'eau », ou : « A la garde ». Très souvent, il s'agit d'injures, mots grossiers, telle cette femme du monde, citée par Trousseau, qui, n'importe où qu'elle se trouvât au moment de l'accès, lâcha une véritable bordée d'injures, accompagnée de gestes appropriés. Il y a de multiples formes de l'impulsion verbale : phrases bizarres, chant ou une sorte de soupir à intonations musicales, désigné par de Clérambault sous le nom de glossolalie. D'autres fois, le langage présente une cohérence telle qu'il peut passer pour normal. Weygandt cite un paysan qui, pendant une absence, prononce une véritable oraison funèbre avec des phrases latines. Finlay a vu un cas où un pasteur, pris d'un accès d'épilepsie, au moment d'un sermon, continue celui-ci, et le reste du sermon est écouté sérieusement ; personne ne s'est aperçu d'aucun changement. Pendant les grands automatismes, les malades doivent parler tout à fait normalement, puisque les actes complexes qu'ils

accomplissent nécessitent des communications multiples avec leur entourage.

Nous ne revenons pas sur l'écriture en état second, nous en avons vu des exemples à propos de l'écriture automatique.

Nous n'avons pas l'intention d'énumérer toutes les variétés d'actes que l'épileptique peut exécuter dans l'état second. Nous pouvons dire sans exagération que tout peut se voir. Ce qui importe au point de vue de l'analyse psychologique, c'est la signification de ces actes. Il s'agit de découvrir la logique cachée de ces actes incohérents, en apparence incoordonnés, et rechercher par quels procédés cette personnalité seconde arrive à manifester ses désirs, ses tendances, ses intentions.

Les *procédés architecturaux* ne sont pas les mêmes dans l'automatisme simple et dans l'activité seconde. — Dans l'automatisme simple, il se passe quelque chose de tout à fait analogue à ce que nous appelons, dans la vie courante, la distraction. La conscience n'étant pas là pour surveiller le jeu des automatismes, ceux-ci agissent pour leur propre compte. Étant distraits ou notre attention étant attirée ailleurs, il nous arrive souvent de faire des gestes que nous n'avons pas voulu, qui sont parfaitement inconscients et qui ne sont pas fixés par la mémoire. Jusqu'au moment où ces gestes ne sont pas, pour ainsi dire, « hostiles » à notre conscience habituelle, nous pouvons dire qu'il s'agit d'automatisme pur. Il est vrai que les psychanalystes ont tendance à voir dans nos moindres distractions des velléités d'échappement de notre inconscience, mais nous ne pouvons les suivre jusque-là. Nous faisons des gestes automatiques, pendant une distraction ou pendant les absences épileptiques de courte durée, car notre conscience est fixée ailleurs et, comme dans l'épilepsie, elle est complètement absente. Pourquoi faisons-nous tel geste et non pas un autre ? Les psychanalystes parlent de symboles, nous pensons qu'il s'agit de gestes qui nous sont familiers et qui, parfois, étant devenus conscients ont pu être réprouvés par la conscience. Ces gestes sont souvent les mêmes pendant la distraction, aussi bien que pendant l'absence épileptique. Tel de nous se frotte le front quand il est distrait, tel autre se frotte les mains, le troisième joue avec les bibelots qu'il trouve sous la main. De même l'épileptique, et nous y reviendrons.

Il n'y a pas dans ces actes automatiques proprement dits cette impériosité et cette persévérance qui les distingue si nettement des impulsions proprement dites qui relèvent, pensons-nous,

d'une activité seconde. Alors que l'activité automatique se produit en accord relatif avec la personnalité normale du malade, il y a dans les actes seconds un contraste étrange entre le caractère des actes et les tendances habituelles du sujet, « individu doux, inoffensif, devenant meurtrier ; honnête homme devenant voleur ; chaste devenant lubrique » (Ceillier). Il est entendu que ce contraste ne se retrouve pas toujours, d'une part à cause du caractère neutre de l'activité seconde, d'autre part, car, — comme nous le verrons plus loin, — la personnalité seconde peut finir par altérer la personnalité apparente du malade.

Les matériaux de construction sont essentiellement de deux sortes : les uns apportés du dehors sous forme de sensations diffuses, de paresthésies venant du monde extérieur ; les autres viennent du malade lui-même, des tendances de sa personnalité seconde. Plus exactement, une catégorie de sensations viennent de la périphérie de son corps sous forme de paresthésie ; une deuxième catégorie vient de son psychisme.

Tout d'abord les *paresthésies*. Tout comme dans la provocation du rêve, leur rôle est extrêmement important, mais ne résume pas tout. Christoffel insiste beaucoup sur le rôle des paresthésies et en fait la principale source du contenu des équivalents. — Les paresthésies sont multiples, depuis la simple perception d'une sensation extrêmement diffuse, jusqu'à l'interprétation complexe de faits où interviennent les tendances inconscientes du sujet. Là est précisément le point de contact des deux facteurs : périphérique et psychique.

Là sensation de faim ou de soif est à l'origine des boulimies et des potomanies épileptiques. Une paresthésie urinaire peut être à la base des cas d'exhibitionnisme. (Voir *Obs.* VIII.) Un rôle extrêmement important est dévolu aux paresthésies génitales. Là encore est la source de nombreux cas d'exhibitionnisme, d'attentats à la pudeur, voire même de viols, qui sont, à vrai dire, très rares. Notre observation VII en est le type.

Dans les cas de violence, les paresthésies jouent certainement très souvent un rôle, mais il y a là un facteur d'interprétation qui fait que nous en parlerons à propos des facteurs psychiques.

Certains faits semblent prouver que les paresthésies peuvent, en dehors de leur influence sur le contenu de l'équivalent, être les causes provocatrices directes de la crise. Dans l'observation VIII, il semble que le malade perd connaissance au moment où il a envie

d'uriner. Dans l'observation XIII, la crise débute en pleine querelle, et le malade ne commet l'homicide qu'au moment de la crise. Cette nuance a son importance au point de vue pratique et, en outre, explique ce qu'on appelle l'irritabilité des épileptiques. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Par quel mécanisme une simple paresthésie arrive-t-elle à déclencher des réactions aussi complexes ? Il y a deux cas à distinguer : tout d'abord l'interprétation, nous en parlerons à propos des facteurs psychiques, car l'interprétation est essentiellement sous la dépendance des tendances de la personnalité seconde. Il y a, en outre, un mécanisme direct qu'explique très bien William James : « Toute représentation d'un mouvement provoque à quelque degré ce mouvement et le provoque à son degré maximum toutes les fois qu'elle n'est pas empêchée par quelque idée antagoniste simultanément présente dans la conscience. » Or, ces conditions de « l'action idéo-motrice », — comme l'appelle James, — sont réalisées au maximum dans l'épilepsie. Point d'idée antagoniste, car point d'idée dans la conscience. « Tout état de conscience tend de lui-même à l'action, est essentiellement impulsif par nature », dit James. Ceci est surtout vrai des états de conscience inférieurs, comme il en existe dans les états seconds, car ceux-ci sont, selon l'expression de Janet, monoïdéiques. Il y a une seule idée et cette seule idée passe immédiatement à l'acte, car, par définition, il ne peut y avoir d'idée antagoniste. Un exemple concret éclairera cette explication théorique. Le malade de l'observation VII déclare qu'immédiatement avant la crise il a éprouvé une excitation génitale à la vue des jambes des femmes assises dans les jardins du Trocadéro. Cette excitation, selon ses habitudes, a provoqué chez lui l'idée de masturbation. Il perd connaissance à ce moment-là et aucune idée antagoniste ne l'empêchant de se masturber en public, il exécute cet acte.

Dans l'état second épileptique, il n'y a non seulement pas d'idée antagoniste, empêchant les malades de commettre un acte qu'ils ont représenté mentalement à la suite d'une paresthésie, mais il y a encore deux facteurs qui corroborent à l'exécution ; ces deux facteurs sont, d'une part, les tendances de la personnalité seconde, dont nous parlerons dans un instant ; et, d'autre part, une persévération, une concentration affective qui fait partie non seulement du fond mental interparoxystique des épileptiques, mais qui caractérise également leur personnalité seconde. Cette persévé-

ration, conséquence directe de la viscosité mentale et de la bradypsychie, fait que l'épileptique reste, pour ainsi dire, accroché à une idée, à un affect qu'a provoqué en lui la sensation paresthésique.

Les facteurs psychiques ou facteurs internes sont soit actuels, soit ecmnésiques, c'est-à-dire puisés dans le passé, parfois dans un passé oublié par la personnalité normale. — Les facteurs psychiques actuels résument ce que nous avons appelé l'interprétation. Dans l'observation IV, il suffit qu'une femme passe près du malade pour qu'il s'imagine que cette femme veut le « racoler » et pour que l'interprétation provoque chez lui toute une série de réactions. Ce cas complexe nous montre à la fois le rôle des paresthésies, celui de l'interprétation et celui de l'action idéo-motrice.

L'interprétation émane, bien entendu, de la personnalité seconde du malade et se trouve liée, de ce fait, à tout son passé et à ses tendances inconscientes. Il est fréquent qu'un épileptique exécute pendant la crise un acte qu'il désirait d'une façon plus ou moins distincte auparavant. Dans le cas de réactions antisociales, ce n'est pas pour simplifier la tâche de l'expert. Binswanger cite, comme exemple simple, une vendeuse de magasin qui, au moment d'une crise épileptique, enlève de la vitrine et emporte un parapluie qu'elle désirait depuis longtemps, et ce désir a été exprimé par elle plusieurs fois.

Les désirs sexuels réfrénés par la conscience interviendraient souvent comme base du contenu des équivalents. Les gestes lubriques que l'on retrouve souvent chez des jeunes filles pendant les absences en sont une preuve. Gilles et Carriat ont noté le libido chez un épileptique à la suite d'une psychanalyse spontanée pendant la phase confusionnelle post-paroxystique.

Le mécanisme ecmnésique aurait une très grosse importance pour Falret qui croit que le contenu est toujours déterminé par l'idée ou image qui a accompagné la première crise. Nous ne pensons pas que ceci soit vrai dans tous les cas. Il y a bien souvent une véritable confusion dans le temps. Le malade s'imagine vivre à une époque antérieure de son existence et se conduit conformément à cette idée. Dans d'autres cas, par un processus psychique que Picard appelle la substitution, le malade semble être une autre personne. Nous avons déjà insisté sur cette confusion fréquente du moi et du non-moi qui est la conséquence directe de l'impersonnalité des consciences secondes.

Cestan pense que le caractère dominant, au point de vue psychique des manifestations épileptiques, est la confusion mentale. Nous ne croyons pas que dans ces cas il s'agisse de confusion mentale, telle qu'on l'entend habituellement. Dans la confusion mentale il y a une incohérence réelle, une absence d'ordre qui échappe à toute logique. Dans les actes et dans les idées des épileptiques, il y a, malgré l'incohérence apparente, un ordre et une logique, différents du normal, mais réels qu'une analyse minutieuse permet de mettre en évidence.

Les épileptiques en crise, — déclare Legrand du Saulle, — « disent identiquement les mêmes mots, s'emportent de la même façon, profèrent les mêmes injures, commettent les mêmes actes et obéissent aux mêmes impulsions ». La stéréotypie des actes automatiques épileptiques a été notée par de nombreux auteurs, comme Echeverria, Picard, etc. Picard, notamment, dit que « chaque malade a son automatisme qui répond à un type plus ou moins univoque ». Ceci est vrai pour un grand nombre de cas, mais ne saurait être généralisé. En effet, comme nous venons de voir, le contenu psychique des équivalents épileptiques et déterminés par deux ordres de facteurs : les paresthésies, d'une part, et la personnalité seconde d'autre part. Il est évident que les paresthésies ne peuvent pas être toujours les mêmes chaque fois que le malade a une crise, sauf si ce sont précisément ces paresthésies qui déclenchent celle-ci, ce qui arrive assez souvent. La stéréotypie peut se concevoir dans deux conditions : identité de la paresthésie déclenchante provoquant alors invariablement le même acte, ou bien source à peu près exclusivement intrinsèque de l'acte, traduisant plus ou moins directement les tendances de la personnalité seconde.

Cette longue analyse nous permet de conclure dans les termes suivants : la crise épileptique, — en même temps qu'elle diminue ou annule la conscience et la volonté normales, — libère une personnalité seconde plus ou moins développée. Nous avons distingué parmi les manifestations de cette personnalité seconde, selon la participation d'un élément affectif, un automatisme pur, d'une part, et une activité seconde impulsive, d'autre part.

Dans ce qui suit nous analyserons l'état mental interparoxysmique des épilepsies aiguës, en insistant surtout sur les rapports, que nous croyons très étroits, de ce fond mental et la personnalité seconde.

c) *Le fond mental des épileptiques.*

Falret fut le premier qui consacra une étude à ce qu'il appela les troubles psychiques permanents des épileptiques. De très nombreux auteurs se sont attachés depuis 1862 à l'analyse de l'état mental interparoxystique de ces malades. Féré dit que les épileptiques ont un caractère « essentiellement mobile et explosif » ; Marchand et Morel leur donnent les caractéristiques suivantes : « irritabilité et impulsivité, mobilité des sentiments, variabilité de l'activité ». M^{me} Minkowska a étudié des familles d'épileptiques pendant plusieurs générations. Elle pense pouvoir caractériser une véritable constitution épileptoïde avec affectivité visqueuse et concentrée, fixant l'individu à son milieu ambiant. Cette viscosité mentale et affective serait la conséquence d'un ralentissement de toute la vie psychique, d'une véritable bradypsychie. Cette notion de bradypsychie a été développée par H. Wallon. Cet auteur retrouve le ralentissement dans tous les genres d'activité des épileptiques et en fait le trait dominant de leur fond mental.

Nombre d'autres caractères ont été encore donnés à ces malades : Cestan les montre tristes, pessimistes, coléreux, vindicatifs et versatiles ; on les montre souvent hypocrites, sournois ou, au contraire, incapables de se retenir, de garder leur rancune pour plus tard. De toutes ces données nous pouvons conclure, avec M. Ceillier, qu'« il est impossible de décrire une mentalité épileptique qui soit commune à tous les malades ».

C'est une chose singulièrement complexe que le fond mental des épileptiques ; complexe surtout du fait qu'il y a là une foule de traits de caractères qui n'ont de commun avec l'épilepsie que leur coïncidence chez le même individu. Il nous semble qu'il est nécessaire, là encore, de procéder à une analyse quelque peu artificielle, mais qui rendra peut-être la situation plus claire. Nous étudierons donc successivement :

a) Le terrain sur lequel se développe l'épilepsie, terrain essentiellement variable, comme l'on peut constater à la lecture de nos observations ;

b) Le fond mental épileptique proprement dit, qui permet l'éclosion des paroxysmes psychiques et que nous croyons être en parenté étroite avec ce que nous avons appelé précédemment la personnalité seconde ;

c) Les troubles psychiques que crée la répétition des crises épileptiques ;

d) Les altérations de la personnalité, au point de vue intellectuel et moral, à la suite de la position sociale actuelle des épileptiques ;

e) Les troubles mentaux consécutifs à des autres causes qui coexistent souvent chez ces malades (perversité, alcoolisme, etc.).

Le *terrain* sur lequel se développe l'épilepsie ne nous retiendra pas longtemps. On note avec une grande fréquence la débilité, la dégénérescence, la perversité, la faiblesse de volonté, etc., se manifestant par de multiples actes sur lesquels nous aurons l'occasion d'insister à propos de leur signification médico-légale.

Le véritable *fond mental épileptique* isolé des autres éléments est encore une chose très complexe. Contrairement à M. Wallon, nous ne croyons pas que le trait fondamental soit la difficulté du passage de l'idée à l'acte ; nous concevons la viscosité mentale d'une autre façon. Il s'agit d'une viscosité affective d'une part, et d'une difficulté particulière des associations d'idées d'autre part. Ceci ne veut pas dire que l'idée arrive difficilement à l'exécution ; au contraire, l'épileptique, même entre les crises, a des réactions rapides, il est impulsif, irritable. Comme le conçoit M^{me} Minkowska, la viscosité consiste en une difficulté de passer d'une idée à une autre, d'une sensation à une autre. Restant toujours attaché à une idée, l'épileptique devient persévérant, et toute son attention, comme toute son énergie affective, reste fixée sur le même sujet. Cette disposition particulière permet, chez lui, le développement de tendances inconscientes qui se manifesteront pendant les paroxysmes.

L'unité profonde entre la personnalité « de fond » de l'épileptique et entre celle qui s'extériorise pendant les crises n'a pas échappé à V. Parant : « Tout épileptique possède en lui-même des tendances particulières, susceptibles de se manifester en bien des circonstances, et qui, sans être assimilables aux grandes impulsions, aux impulsions inconscientes, peuvent, dans une certaine mesure, en être considérées comme la base, comme le terrain de formation. Il nous semble que le « terrain de formation » de l'automatisme et de l'activité seconde épileptiques est avant tout ce que nous pourrions appeler, d'après Janet, le « monoïdéisme », ou « l'oligoïdéisme ». La présence dans la conscience d'une seule ou d'un petit nombre d'idées est la conséquence de la difficulté des associations

d'idées et est la cause d'une concentration de tout le psychisme sur cette idée.

Il est difficile de savoir si la bradypsychie appartient au fond épileptique ou si elle en est la conséquence. Nous croyons plutôt que c'est une des manifestations de la série qui va conduire à la démence épileptique.

Les *conséquences directes de la répétition des crises* peuvent être des troubles psychiques conduisant à la démence terminale. Turner décrit quatre phases successives dans la voie vers la démence :

1^o Intelligence normale ;

2^o Troubles de la mémoire, perte de la mémoire des faits récents, irritabilité. A ce stade-là le malade est encore capable de travailler ;

3^o A un degré de plus, impossibilité de travail avec toutes ses conséquences ;

4^o Démence.

Pour Turner, ces troubles seraient définitifs, et même en cas de guérison, par traitement approprié, il y a des séquelles de déficit mental.

Nous ne faisons que mentionner ici les *conséquences indirectes des crises d'épilepsie*. Il s'agit là d'une question sociale qui trouvera mieux sa place dans la deuxième partie de notre travail.

Il en est de même de la dernière catégorie de *troubles psychiques* permanents, ceux qui sont *dus à des causes associées*. L'alcoolisme est parmi celles-ci la plus importante. L'alcoolisme, non seulement crée des troubles psychiques autonomes, mais il entretient en outre l'épilepsie. Dans nombre de nos observations nous constatons cette association. D'autres toxicomanies peuvent prendre la place de l'alcoolisme ou s'ajouter à lui.

Nous avons voulu montrer, dans cette revue rapide, la complexité de l'étude du fond mental épileptique. Nous ne pouvons avoir la prétention d'épuiser ce sujet qui embrasse une grande partie de la psychiatrie. Nous nous proposons d'y revenir encore à propos de la criminalité des comitiaux où le fond mental joue un rôle aussi important et moins bien connu que celui des états paroxystiques. Dans cette étude précisément nous pourrions montrer toute l'importance du rapport qui existe entre la façon d'être habituelle de ces malades et leur personnalité seconde.

Parmi les caractères les plus importants des épileptiques qui les prédispose à l'activité automatique ou seconde, nous retenons

surtout la viscosité mentale, telle que nous l'entendons. C'est une disposition qui, par le ralentissement des associations d'idées, permet à ces malades d'être fixé dans une seule ou dans un groupe peu nombreux d'idées, en un mot ce qui les rend monoïdéiques. Ce monoïdéisme, d'autre part, leur donne, dans un groupe déterminé d'idées, d'être particulièrement réactifs. C'est ce qui fait dire que les épileptiques sont irritables et impulsifs. « Telle injure, — dit M. Ceillier, — qui laissera indifférent un sujet normal, pourra bouleverser un épileptique. » Cette susceptibilité s'explique assez aisément par ce que nous venons de dire.

La viscosité mentale ne s'exerce donc chez l'épileptique que dans le passage d'une idée ou d'un sentiment à l'autre ; elle les aide, au contraire, à persévérer dans un domaine défini et à avoir une facilité particulière de transformer l'idée en action. Tel est, croyons-nous, le trait fondamental du fond mental épileptique proprement dit. Tout ce qui n'est qu'associé, tout ce qui n'est que conséquence et tout ce qui n'est que coïncidence, sera traité plus loin quand nous étudierons la part de l'épilepsie dans les actes antisociaux des épileptiques.

Nous avons, dans les pages précédentes, disséqué le psychisme des épileptiques, en insistant sur ce qui nous semble fondamental pour la compréhension des actes que ces malades commettent. Il nous reste à résumer, en quelques mots, ce qui se dégage de cette étude analytique.

L'épileptique présente une aptitude spéciale à rester cantonné pendant longtemps dans un cercle étroit d'idées et d'affects. Cette aptitude, probablement négative puisqu'elle semble avoir pour cause une lenteur des associations, le fait, pour ainsi dire, prisonnier d'une idée. Pendant les paroxysmes, la personnalité normale étant plus ou moins inhibée, l'idée ou affect, par le mécanisme précité, envahit tout le psychisme et crée autour de lui-même une personnalité seconde plus ou moins développée. Cette personnalité seconde, libérée des freins de la conscience, réalisera des actes qui lui seront dictés par l'idée ou l'affect solidement fixé au psychisme du malade. Voici, pensons-nous, en un résumé très bref, le mécanisme intime des manifestations psychiques de l'épilepsie. Ce mécanisme explique les caractères de ces manifestations, leur cantonnement dans une sphère assez étroite, leur stéréotypie et enfin les rapports, souvent en apparence paradoxaux de la personnalité normale et le caractère des actes paroxystiques.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

de M. A. Ceillier

Observation I

B... a été arrêté le 16 novembre 1926 dans les circonstances suivantes : il circulait en état d'ivresse (d'après les agents à bicyclette) et est tombé sur la chaussée incapable de se relever. Relevé par les agents, il les insulta. On le laissa partir et il retomba de nouveau. Les agents voulurent l'emmener au poste, et il se défendit avec une extrême fureur, donnant des coups de pied et de poing, mordant les agents, se débattant, à tel point qu'il fallut l'intervention de six agents pour le conduire au poste. L'un a été blessé à la jambe, un autre mordu, un autre frappé d'un coup de pied au ventre.

Interrogé au commissariat, l'inculpé a répondu : « Je ne me souviens de rien. Les faits dont vous m'avez donné connaissance, en me lisant le rapport des agents qui m'ont arrêté, se sont produits au cours d'une crise d'épilepsie dont j'ai souffert. Je n'étais pas ivre. » A tous les interrogatoires B... répète qu'il ne se souvient de rien, qu'il n'était pas ivre, qu'il a souffert de crises d'épilepsie.

D'après les renseignements généraux qui ne sont pas défavorables, B... serait atteint d'épilepsie et aurait de fréquentes crises au cours desquelles il se montrerait méchant à l'égard de son entourage immédiat. C'est ainsi qu'il y a un mois environ, au cours d'une crise, *il aurait failli tuer son enfant*, qui n'a dû son salut qu'à l'intervention de sa mère.

Examen de l'inculpé

B... se présente très correctement et, malgré tous les procédés que j'ai employés, je n'ai pu mettre une seule fois sa sincérité en défaut. D'autre part, ce qu'il raconte est non seulement possible au point de vue médical, mais extrêmement vraisemblable, de telle sorte que j'ai conviction intime que ce qu'il me dit est la vérité. J'ajouterai même que, loin de se faire passer pour plus malade qu'il ne l'est, B... ne se rend pas pleinement compte de l'intensité de sa maladie.

Son récit, que j'ai tout lieu de supposer véridique, est le suivant : « Je suis chauffeur-livreur sur une camionnette et je me ren-

dais à bicyclette à mon travail, vers 9 heures du matin, lorsque j'ai éprouvé un étourdissement comme ceux qui précèdent habituellement mes crises d'épilepsie. Je suis descendu de bicyclette et j'allais m'asseoir sur le bord du trottoir lorsque je suis tombé, entraîné par le poids de ma bicyclette. Je me rappelle que des gens sont venus autour de moi, puis je ne me souviens de rien. Je me suis trouvé dans la « grille » du commissariat sans savoir pourquoi ni comment. J'ai pensé que j'avais dû avoir une crise et que j'étais peut-être tombé sous une voiture. On m'a alors appris que j'avais frappé des agents et que je les avais injuriés, mais je n'ai aucun souvenir de tout cela. Il est absolument faux que j'étais ivre, car je n'avais encore rien mangé ni bu, même pas un café au lait. »

Au cours de son arrestation, il se serait débattu avec la plus extrême violence. On lui a dit notamment qu'il s'était agrippé à un lit qui était à la devanture d'un magasin et qu'il avait été très difficile de lui faire lâcher prise. Il aurait également insulté les agents et dit : « Tu vas voir, espèce d'enc..., je vais la faire sauter ta pipe de ta gueule. »

Je rappelle qu'il a fallu six agents pour le maîtriser. Les agents ont déclaré : « L'ivresse le rendait furieux, mais ne l'avait pas privé de sa raison. »

L'inculpé a été très étonné de se trouver au poste et a demandé qu'on prévienne sa femme. Il souffrait des coups qu'il avait reçus au cours de la lutte et, en même temps, comme il arrive après les crises d'épilepsie, il avait mal à la tête, se sentait las et abruti.

Cette explication, très plausible en théorie (mais qui pourrait être suspectée étant donné qu'il s'agit d'un inculpé), devient d'une extrême vraisemblance et d'une quasi-certitude quand on connaît toute l'existence de B...

Les renseignements qu'il m'a fournis paraissent l'expression non seulement fidèle, mais atténuée, de la réalité et ont été confirmés par les pièces que j'ai eues sous les yeux — notamment un certificat de réforme — et par le témoignage de sa mère.

La mère de l'inculpé a certainement été syphilitique. Elle a eu d'abord une fausse couche, puis un enfant mort-né et macéré et après cela son fils. L'inculpé est donc né immédiatement après un enfant mort-né. L'examen de la mère à cette époque a montré une syphilis avec Wassermann positif. Elle a été traitée par une centaine de piqûres. L'inculpé a eu trois frères plus jeunes, dont deux sont morts de méningite.

Ces renseignements, de même que ceux qui suivent, m'ont été donnés à la fois par l'inculpé et par sa mère.

Henri B... est né avec une maladie de la moelle épinière et avec une hydrocéphalie manifeste. Il a marché à trois ans et n'a pas parlé avant quatre.

On lui a fait dans le jeune âge des *frictions mercurielles*. Il a eu des convulsions de 3 à 5 ans.

A l'école il apprenait très difficilement et n'a jamais pu se présenter au certificat d'études, bien qu'il soit resté en classe jusqu'à 14 ans.

A cette époque il a eu des crises d'épilepsie et des crises de colère pendant lesquelles il ne se rendait pas compte de ce qu'il faisait, renversant, par exemple, une table et jetant à terre une lampe, sans en garder le moindre souvenir. De plus, il a uriné au lit et même dans son pantalon jusqu'à 11 ans. Entre temps il a été soigné à Berck pour tuberculose ganglionnaire. Ces crises et ces accès de colère ont déterminé ses parents à le faire consulter à la Salpêtrière dans le service du professeur Marie. On lui a fait un examen de sang et une ponction lombaire dont le résultat a montré la nécessité d'un traitement antisyphilitique. Malheureusement ce traitement n'a pas été suivi assez longtemps. L'inculpé croit n'avoir que des crises tout à fait exceptionnelles et ne se souvient que de deux crises avant son service militaire. Sa mère, au contraire, affirme que les crises étaient beaucoup plus fréquentes et survenaient en moyenne une fois par mois.

Cette contradiction est banale et la plupart des épileptiques se trompent sur la fréquence de leurs crises. Ceci montre également que l'inculpé ne cherche pas à se faire passer pour plus malade qu'il ne l'est, au contraire. Pendant le service militaire les crises ont redoublé, principalement sous l'influence de l'équitation. Mis en observation ces crises ont été constatées et ont provoqué la réforme : « Épilepsie à crises rares, mais graves. Méningite dans l'enfance avec convulsions. »

L'inculpé a été condamné deux fois pour abus de confiance. Employé comme garçon livreur et chargé de faire des encaissements, il a dissipé l'argent qu'il devait remettre. Le dernier abus de confiance se montait, — paraît-il, — à la somme de 65 francs.

Pourtant l'inculpé n'a rien d'un pervers, et sa mère ne signale chez lui aucune tendance vicieuse ou perverse. Il serait assez instable et aurait changé assez fréquemment de patrons. Il a presque

toujours été garçon livreur, soit comme triporteur, soit comme conducteur de camionnette. Ces dernières années ces crises seraient plutôt plus fréquentes, ces crises seraient typiques. Il se serait blessé à la région occipitale en tombant et il se serait mordu la langue. L'inculpé, en dehors de son épilepsie, ne présente pas de grosses tares mentales. Son intelligence est modérée et son instruction un peu au-dessous de la moyenne. Ses sentiments affectifs sont normaux. Il paraît aimer ses parents, sa femme et surtout son enfant.

Il paraît très étonné quand je lui apprends qu'il a failli tuer son enfant et il pleure, en proie au plus profond désespoir. Il n'a conservé aucun souvenir de cet acte, qui a été évidemment commis au moment d'une crise.

Il n'y a aucun signe d'alcoolisme, ni physique ni mental. L'examen physique montre des symptômes qui relèvent très probablement d'une syphilis héréditaire, notamment des malformations et absences de dents et une malformation du crâne avec front olympien, reliquat de son hydrocéphalie infantile.

Grosse rate.

Tuberculose pulmonaire au premier degré.

Réflexes tendineux et pupillaires normaux.

Observation II

Le nommé L... a été arrêté le 30 août 1926, vers 20 h.45, pour avoir blessé deux de ses voisins, MM. G... et V... dans les conditions suivantes :

M. G..., que L..., son voisin d'en face, était en état d'ivresse et se démenait chez lui comme un fou furieux. Sans aucune provocation il se serait alors élancé sur M. V... lui portant au ventre un coup de baïonnette armée au bout d'un fusil. Quelques instants après il se précipita sur M. G... en criant : « Tue-moi ou je te mords ». — « Il n'avait plus son arme, dit M. G..., et d'un coup de dents il m'a arraché ma chemise à hauteur de l'épaule droite. Ensuite il m'a porté un coup par en dessous au bras droit. » Mais le blessé ne peut dire par quel instrument il a été frappé. Il ajoute que, depuis deux mois, L... se livrait à des actes de violence presque chaque soir, menaçant et frappant la femme avec qui il vit.

A l'instruction l'inculpé dit ne se souvenir de rien. Les renseignements ne mentionnent aucune remarque défavorable sur son compte, sinon des habitudes d'intempérance.

Examen de l'inculpé

Examiné à la prison de la Santé, L... se présente d'une façon très correcte, paraissant en proie à des préoccupations extrêmement légitimes.

Il affirme de la manière la plus catégorique qu'il ne se rappelle absolument rien de tout l'épisode qui a motivé son arrestation. Par tous les procédés habituels en pareille matière, persuasion, intimidation, recoupements, questions posées à l'improviste, etc., je m'efforce de le mettre en défaut, mais je ne peux y arriver. Son amnésie me paraît sincère et nullement simulée. D'autre part, elle est complète, et enfin les explications de l'inculpé relatives à ses troubles nerveux antérieurs, ainsi que les résultats fournis par mon examen rendent cette amnésie tout à fait vraisemblable. Il ne comprend rien à ce qui s'est passé et il ignorait tout si on ne le lui avait raconté.

« On m'a dit que j'avais piqué un Monsieur avec une baïon-

nette. On m'a dit que c'était un voisin de chez moi. Je ne sais pas son nom, je ne le connais pas. On m'a dit que je m'étais levé au milieu de la nuit, que je m'étais sauvé comme un fou dans le terrain. »

Bref, il n'aurait eu aucune conscience de tout ce qui s'est passé et il serait revenu à lui, le lendemain matin, au poste, sans savoir comment il y était venu ni pourquoi.

De plus, il n'avait aucune raison d'en vouloir aux personnes qu'il a blessées.

Il m'explique qu'au régiment il a été réformé à la suite d'un épisode qui rappelle exactement celui pour lequel il est inculpé. Il se serait précipité sur des camarades avec un couteau à la main, mais sans les blesser, puis il aurait eu une crise convulsive. A la suite de cela il aurait été soigné au centre de psychiatrie de Lyon, dans le service du professeur Lépine.

Dans l'enfance, vers 7 ou 8 ans, il aurait eu des crises convulsives qui auraient ensuite disparu, le laissant simplement nerveux et impressionnable. Puis, en 1918, chargeant, comme artilleur, des pièces d'artillerie lourde, les détonations simultanées de plusieurs canons lui auraient donné une commotion cérébrale. Il aurait perdu connaissance et aurait eu des hémorragies par les oreilles. C'est depuis cet accident qu'il a de nouveau des crises convulsives, des absences ou vertiges et des équivalents épileptiques. Les grandes crises convulsives auraient été assez fréquentes entre 1919 et 1921, notamment pendant son séjour au centre de psychiatrie, où il en aurait eu neuf. D'après sa description, ces crises seraient assez typiques. Il dit qu'il s'est mordu la langue et l'on constate une toute petite cicatrice à peine visible actuellement.

Depuis cette époque les crises convulsives seraient extrêmement rares. Mais il a des absences et des vertiges qui paraissent également de nature épileptique.

Actuellement, il travaille comme vernisseur, gagne 5 francs de l'heure, vit maritalement avec une femme depuis trois ans et paraît avoir une bonne conduite.

Mais son épilepsie est aggravée par deux facteurs ; son métier et son intempérance. Comme vernisseur il respire des vapeurs d'alcool et d'essence et il peut y avoir là un appoint d'alcoolisme professionnel. Mais, de plus, il commet des excès de boisson, qui ne sont peut-être pas considérables, mais qui sont graves pour sa maladie.

Il présente, en effet, des signes d'alcoolisme chronique ; gros

tremblement des mains et des doigts, douleur à la pression des masses musculaires. Il aurait des crampes dans les mollets et des cauchemars avec rêves professionnels, visions d'animaux, de rats, etc... Les réflexes pupillaires et tendineux sont normaux et l'on ne constate aucun symptôme de lésion du système nerveux. Il n'y a pas non plus d'affaiblissement intellectuel.

Observation III

Le 9 novembre 1930, à 21 heures, deux taxis-autos se sont rencontrés violemment boulevard de la Révolte, à Levallois. L'un des conducteurs s'est immédiatement enfui à toutes jambes et, comme on le poursuivait, il s'est mis à crier : « Au voleur ! Arrêtez-le ! »

Arrêté et interrogé, cet individu a reconnu les faits : — Je reconnais que j'ai volé un taxi qui se trouvait en station devant un restaurant. J'avais l'intention d'aller faire une promenade avec ce véhicule et de le ramener. J'ai crié « au voleur, arrêtez-le » pour détourner les soupçons de la foule.

J'ai obéi à une impulsion que je ne puis m'expliquer. Je n'ai jamais été interné. Par moments, je perds la tête. Je demande à être l'objet d'un examen mental.

Son casier judiciaire porte une condamnation à huit mois de prison pour vol d'une voiture.

Examen de l'inculpé

Examiné à la Santé, F... se présente comme un individu de petite taille, gringalet, manifestement débile, atteint de plusieurs stigmates de dégénérescence et surtout de bégaiement.

J'ai vu l'inculpé à deux reprises, car son cas présente une réelle difficulté médico-légale et un deuxième examen a été nécessaire.

Comme on le verra par la suite, il semble que le vol de cette voiture n'a pas été accompli avec une parfaite conscience.

Mais s'agit-il d'une inconscience relative, comme cela se voit dans certains cas d'ivresse, d'une inconscience totale, comme cela s'observe dans certaines formes de l'épilepsie ou un cas intermédiaire aux deux précédents ?

Voici les déclarations de l'inculpé en réponse à certaines questions :

— « J'ai pris une voiture. Je n'en sais rien moi-même. Je ne me rappelle pas l'endroit où elle était. Je n'avais aucune raison pour la prendre.

Si j'avais eu mon esprit à moi, je n'aurais pas pris cette voiture.

Je ne sais même pas quelle marque de voiture c'était. Ça doit être pour faire une promenade.

J'ai monté comme un automate sur cette voiture et je n'ai même pas vu venir l'accident... Je ne suis revenu à mon esprit que lorsqu'il y a eu l'accident... C'est le choc qui m'a réveillé... J'ai compris alors que j'avais pris une voiture. J'étais affolé.

Interrogé sur les faits qui ont précédé ce vol, il se rappelle qu'il avait pris un tramway pour aller à la porte de Courcelles et qu'il était descendu à la porte d'Asnières sans raison. Il avait déjà commis des excès de boisson. Il avait fait plusieurs rencontres au cabaret, puis il était allé chez sa sœur, où il avait encore bu. Il dit avoir bu sept ou huit verres de vin, peut-être davantage.

Lors de mon deuxième examen, il est moins affirmatif sur le caractère absolu de son inconscience. — « Je me rappelle vaguement avoir sauté dans la voiture, mais je ne sais pas ce qui s'est passé dans ma tête. Je suis seulement revenu à moi après le choc de l'accident. »

En réponse à mes questions, F... me décrit avec toutes les apparences de la sincérité plusieurs épisodes de sa vie qui auraient été tout à fait inconscients.

« En 1928, étant avec des amis au café, je suis remonté dans ma chambre au premier étage et je suis tombé dans la rue par la fenêtre, sans avoir jamais pu comprendre ce qui s'était passé. Je n'avais aucune idée de me suicider et mes camarades attendaient que je redescende.

« Plusieurs fois je me suis retrouvé dans des endroits, sans savoir comment j'y étais venu. Je me suis trouvé à la porte Dauphine, à cinq heures du matin, sans savoir comment ni pourquoi. Parfois je me suis levé la nuit et j'ai écrit des choses que je retrouvais le lendemain et que je ne comprenais pas. » — L'inculpé déclare que c'est dans des conditions analogues qu'il a volé une voiture et a été arrêté alors qu'il dormait dans cette voiture.

Tous ces faits font immédiatement penser à la possibilité de l'épilepsie.

Interrogé sur l'existence de crises convulsives, l'inculpé ne retrouve dans son passé qu'une perte de connaissance chez lui il y a plusieurs années, ce qui ne paraît pas l'avoir inquiété. Par contre, étant jeune, il aurait eu des convulsions.

Il dit avoir uriné au lit jusqu'à 14 ou 15 ans, mais jamais depuis. Or, cette persistance jusqu'à 15 ans de l'urination nocturne invo-

lontaine est nettement en faveur d'un état épileptique plus ou moins frustre.

Enfin, il aurait quelquefois des malaises et des vertiges. Nous verrons plus loin l'importance qu'il faut attacher à ces différents symptômes.

Mais il est à remarquer que, de l'aveu de l'inculpé lui-même, les épisodes inconscients ont toujours été déclanchés par des excès d'alcool.

L'inculpé ne présente pas d'antécédents héréditaires à signaler, mais au point de vue collatéral il est intéressant de noter que plusieurs de ses frères ou sœurs seraient morts en bas âge de convulsions.

Après des études rudimentaires, l'inculpé a appris le métier de forgeron et a travaillé en province et à Paris. Il semble qu'il ait été très impulsif et très instable. Il a travaillé en Savoie, à Cannes, à Montpellier, à Lyon et dans un grand nombre d'endroits dont il ne se rappelle pas les noms. Se trouvant à Paris, par exemple, il allait dans une gare quelconque et prenait un billet pour n'importe où. Puis, lorsqu'il ne se plaisait plus dans une ville, il allait dans une autre.

Or cette instabilité avec besoin impulsif de changer de pays est fréquente chez les épileptiques.

F... aurait eu une méningite, une fièvre typhoïde et une enfance malade. Il est actuellement de constitution chétive, mais l'examen ne révèle aucune affection viscérale déterminée et aucun signe objectif de lésion du système nerveux.

Au point de vue mental, en dehors de cette impulsivité et de cette instabilité qui viennent d'être signalées, on constate un certain degré de débilité mentale, avec bégaiement, difficulté à s'exprimer, abus des digressions oiseuses. Bref ce qui est décrit chez certains sujets et notamment chez certains épileptiques sous le nom de viscosités mentales. Par ailleurs, il n'y a aucun signe de démence, de délire, de confusion ou d'une affection mentale autre que la débilité et l'épilepsie.

Observation IV

Les faits reprochés à M... sont les suivants :

M^{lle} V... Henriette, 20 ans, élève en pharmacie, passait le 4 octobre 1927, vers 19 h.30, à l'angle de la rue de Messine et du square de même nom, lorsqu'un individu qui venait de la dépasser revient sur ses pas et prend la jeune fille à bras le corps d'une main, tandis que de l'autre, il cherche à relever sa robe. — « Je me suis dégagée, dit M^{lle} V..., et il a cherché à m'arracher mon sac à main; j'ai crié à l'aide et c'est alors qu'il m'a donné un coup de poing au visage. Je suis tombée à terre et de nouveau il m'a frappée. Il m'a arraché mon sac et s'est sauvé en courant par le square de Messine et la rue Louis-Murat. Il a été arrêté au coin de ces deux rues par un chauffeur de maison. Je tiens à vous dire à toutes fins utiles que ce matin une concierge que je pourrais retrouver m'a dit qu'une jeune fille avait été attaquée par le même individu, mais qu'elle avait pu se sauver. La concierge a ajouté qu'elle l'avait vu rôder depuis l'heure de 19 heures.

J'ai la lèvre complètement ouverte puisqu'on a dû me faire des points de suture et une dent enfoncée. »

Interrogé aussitôt, M... fait la déclaration suivante :

« J'ai été raccolé avenue de Messine par une femme ? Arrivée à l'angle de la rue de l'avenue de Messine, elle m'a demandé dix francs. Je les lui ai donnés. Elle m'a entraîné dans la rue, puis m'a dit : « Pour qui me prenez-vous ? » Je lui ai alors réclamé mes dix francs. Elle m'a répondu : « Ben alors. » Je l'ai alors gifflée. Elle est tombée à terre et je lui ai pris son sac.

Elle s'est mise à crier. Je me suis sauvé et ai été arrêté par un chauffeur qui m'a menacé de son revolver. J'ai lâché le sac.

J'ai été appréhendé par des gardiens cyclistes. »

Le lendemain matin, l'inculpé fait une déclaration qui a toutes les apparences d'un aveu, mais qui, en réalité, comme j'en ai l'absolue conviction, équivaut simplement à la reconnaissance des faits qui lui sont reprochés — non pas parce qu'il se les rappelle, — mais à cause des divers témoignages, devant lesquels il s'incline.

Voici cette déclaration :

— « Eh bien, oui, c'est vrai, je vous ai menti. Je ne me sou-

viens plus exactement si j'ai relevé la jupe de cette demoiselle, mais je reconnais qu'elle ne m'avait pas raccolé, je l'ai frappée et me suis emparé de son sac. Je ne puis m'expliquer mon geste, car j'avais de l'argent sur moi et il y en a à la maison... »

M... est inconnu aux dossiers judiciaires.

Jugé trois jours plus tard, le 7 octobre, il a été condamné par la 15^e chambre de police correctionnelle à deux ans de prison, 100 francs d'amende et cinq ans d'interdiction de séjour. L'expertise mentale a été ordonnée par la 10^e chambre des appels de police correctionnelle.

Examen de l'inculpé

J'ai examiné l'inculpé à plusieurs reprises à la Santé. Il se présente très correctement, répond avec beaucoup de politesse, mais il a une très grande difficulté à s'exprimer. Cette difficulté tient à deux causes : d'une part, un trouble de l'articulation des mots, sur lequel je reviendrai, d'autre part une incapacité psychique à s'expliquer clairement, une lenteur de l'idéation, une imprécision constante dans les termes, une débilité du jugement.

Interrogé tout d'abord sur les faits qui lui sont reprochés, M... décrit très exactement un *équivalent épileptique*. Or :

1^o D'une part, il est certain que cet homme n'a jamais entendu parler de ces choses ;

2^o D'autre part, il a présenté à maintes reprises dans son passé des « équivalents semblables », — ainsi que cela résulte de son récit et des renseignements que m'a donnés sa femme.

Le 4 octobre, qui était un mardi, M... avait travaillé comme de coutume. Il est employé depuis cinq ans dans une Société d'asphalte et il conduit une locomobile pour le bitumage des trottoirs. Il avait terminé son travail rue d'Alésia et il se disposait à rentrer chez lui, tout à côté, rue Vercingétorix, comme il fait chaque jour... puis... il se réveille, dans un endroit qu'il ne connaît pas, au milieu de la nuit, mais qu'il identifie, sans trop de peine, être un commissariat de police.

Il n'a aucun souvenir de ce qu'il a fait depuis qu'il a quitté son travail. Il se demande pourquoi il est au poste. Il ne comprend rien à ce qui lui est arrivé, absolument rien... Puis on le tire de son cachot et on le conduit devant le commissaire. Là on lui lit une déposition qu'il a faite et qu'il a même signée. Il apprend qu'il a frappé une

femme et qu'il lui a volé son sac à main. On le met en présence de cette femme et il ne la reconnaît pas. On lui demande s'il maintient sa déposition de la veille, et alors cet homme maladroit, incapable de s'exprimer clairement, se perd soi-même. Au lieu de dire purement et simplement la vérité, c'est-à-dire qu'il ne se rappelle rigoureusement rien et de se maintenir dans cette affirmation (si invraisemblable qu'elle pût paraître), il se contente de dire : « Je ne puis m'expliquer mon geste, car j'avais de l'argent sur moi et il y en avait à la maison. »

M... m'explique (non sans peine) que devant la bonne foi évidente de la plaignante, devant l'accumulation des témoignages précis et formels, il n'a pas douté que ce qu'on lui reprochait avait eu lieu.

Voici, exactement, ce que dit M... : « On m'a demandé si je reconnaissais avoir pris ce sac et frappé cette femme. Je n'ai pas pu dire que ce n'était pas vrai... je ne pouvais pas nier cette chose-là, puisqu'on m'a arrêté pour cela, puisque tout le monde le disait. »

Il est possible également qu'on ne l'ait pas interrogé avec toute la patience, toute la douceur et toute la bonté que réclame son état... Et c'est sans la moindre acrimonie que M... ajoute : « De plus, il y avait deux ou trois hommes qui me frappaient au commissariat. » On voit, d'après tout ce qui précède, la valeur qu'il faut accorder à ces prétendus aveux.

Le deuxième élément capital de mon rapport, c'est que M... a maintes fois présenté des accidents semblables.

Interrogé sur des accidents similaires qui lui seraient arrivés, M... est si peu habile à se défendre qu'il ne trouve à me raconter qu'un seul épisode, alors qu'il y en a eu un grand nombre.

Ce n'est qu'au cours d'un autre examen qu'il me confirmera toutes les « absences » que m'a signalées sa femme. Néanmoins, dès le premier interrogatoire, il me raconte ce qui suit : « Trois semaines avant d'être arrêté, je suis sorti de mon travail comme d'habitude, puis j'ai été très surpris de me trouver vers 8 ou 9 heures du soir place de l'Étoile. Je n'ai pas compris comment j'y étais venu ni pourquoi... J'ai pris un taxi pour rentrer chez moi et j'ai raconté à ma femme ce qui c'était passé. J'avais dit que j'irais voir un médecin. » Il ajoute : « Avant de prendre le taxi j'étais très étourdi et je suis resté assis un quart d'heure sur un banc, comme si j'étais ivre, mais je n'avais rien bu du tout. »

J'ai interrogé longuement M^{me} M... qui m'a donné de très importants renseignements.

Ils sont mariés depuis sept ans, et le premier fait bizarre dont elle a été le témoin remonte à cinq jours après leur mariage. Alors qu'ils faisaient une promenade à la campagne, son mari lui a intimé l'ordre de la quitter, de ne pas rentrer à Paris avec lui. Et cela très brusquement, sans la moindre raison. Le lendemain, il n'avait aucun souvenir d'avoir agi ainsi et disait : « Ce n'est pas possible que j'ai fait cela. »

Assez souvent, la nuit, il se lève, s'habille, comme pour aller à son travail, et sa femme arrive difficilement à l'empêcher de s'en aller. Et régulièrement, au réveil, il n'a pas le moindre souvenir de ce qu'il a fait.

Une nuit, il a donné des coups de poing très violents dans les tuyaux de la cuisinière, en pleine inconscience.

Plusieurs fois — quatre ou cinq — au milieu du repas, sans cause, sans discussion, soudainement, de la façon la plus imprévisible, il se levait, empoignait la table, la renversait sens dessus dessous, brisant toute la vaisselle. Ensuite il partait l'air absent et revenait au bout d'une ou plusieurs heures, ne se rappelant rien de ce qu'il avait fait, et très étonné d'apprendre qu'il avait renversé la table. « Penses-tu que j'ai fait cela, disait-il. Ce n'est pas possible. »

Tous ces faits, comme ceux dont il est inculpé, sont le résultat d'*équivalents épileptiques*. Ils en ont tous les caractères. De plus, ils sont accompagnés d'autres accidents épileptiques.

Il y aurait quelques crises convulsives, mais peu nombreuses, — en moyenne deux ou trois, ou quatre par an, — M... perd connaissance, il a des convulsions, de la bave lui vient aux lèvres. Le tout dure un quart d'heure, et ensuite il ne se rappelle rien.

De plus, sa femme se souvient qu'une fois il a uriné au lit, sans s'en rendre compte.

J'ai également interrogé un camarade de M..., M. H..., son collègue direct. Il a constaté des absences bizarres pendant son travail. Assez fréquemment, alors qu'il paraissait tout à fait normal, il devient étrange ; il a une attitude bizarre et se livre à des actes insolites. M. H... m'explique que dans leur métier le graissage de leur locomobile se fait toujours au garage et jamais dans la rue, pendant l'asphaltage. Or, souvent, M... quitte brusquement ses collègues et se met à graisser fébrilement sa voiture, mal à propos, tournant autour d'une façon bizarre et ne répondant pas aux ques-

tions. Cela dure environ trois quarts d'heure. Parfois, il s'endort sur son siège d'un sommeil subit et profond; or, quelquefois, des crises de sommeil, de « narcolepsie », remplacent la crise épileptique.

Tous ces faits — fort nombreux — ne laissent aucun doute sur la réalité de crises et *d'équivalents épileptiques*. Ceux-ci seraient de date probablement fort ancienne. Nous avons vu qu'il y a sept ans, cinq jours après son mariage, M... avait eu des accidents de cette nature. Mais déjà, dans l'enfance, il semble y avoir été sujet. Sa femme se rappelle qu'on lui a dit que, vers l'âge de 14 ans, son mari avait fait une fugue inconsciente dans les champs.

Toutefois il semble que ces accidents deviennent de plus en plus importants et fréquents.

Le troisième argument (presque superfétatoire, car les deux premiers sont capitaux), c'est que les actes reprochés à M... sont en totale contradiction avec ses antécédents, son caractère, sa manière d'être.

M... n'a jamais eu aucun démêlé avec la justice. Il travaille à la satisfaction entière de ses patrons, comme en font foi ses certificats. Il est, depuis cinq ans, dans la même maison. Il est marié. Il gagne largement sa vie. Tous ses collègues ont été très surpris de ce qui lui était arrivé, et ont signé une pétition en sa faveur, que l'on m'a montrée.

Lui-même porte sur son acte un jugement sévère. Il est à la fois surpris et indigné. « C'est du banditisme, dit-il, il est extraordinaire que j'ai fait cela. »

Dans ses antécédents héréditaires, on relève que sa mère serait morte de méningite en l'allaitant. Lui-même aurait eu une fièvre typhoïde à 9 ans.

Après son service militaire, étant chauffeur dans les chemins de fer, il a été victime d'une terrible catastrophe de chemin de fer et aurait eu une commotion cérébrale. D'après ses dires et les renseignements, il ne se livrerait à aucun excès d'alcool. Cependant il présente du tremblement des doigts et des cauchemars qui font penser à la possibilité d'un petit appoint alcoolique. Chez les épileptiques de petites doses de vin suffisent à déclancher des accidents, alors que chez d'autres sujets ces mêmes choses ne sont pas nocives.

Au point de vue mental, il y a un degré assez marqué d'obtusion, une lenteur de tous les processus intellectuels. La mémoire semble un peu diminuée, mais il n'y a pas de troubles importants du jugement. On ne constate aucun délire d'aucune sorte.

Mais il est à noter qu'il se rend insuffisamment compte de son état et qu'il n'apprécie pas à leur valeur les accidents épileptiques inconscients qu'il présente.

Sa moralité paraît excellente et ses sentiments affectifs sont normaux.

Au point de vue physique, on note principalement un gros trouble de la parole. M... a un vice d'articulation, mais il est difficile de dire si c'est un trouble constitutionnel semblable à un bégaiement ou un trouble acquis tel qu'une dysarthrie de paralysie générale. A certains moments il bredouille et « achoppe », comme un paralytique général. Il m'a été impossible de préciser le début de ce trouble de la parole. Sa femme et son camarade, M. H..., affirment qu'il a toujours eu de la peine à s'exprimer. Par contre, M... déclare que ce trouble est assez récent et qu'il s'est beaucoup aggravé depuis quelques semaines.

On note du tremblement et de l'instabilité de la langue, ainsi que des doigts. L'écriture est légèrement tremblée. Les pupilles réagissent à la lumière, à la convergence et à l'accommodation.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Observation V

Le nommé M... Robert a été arrêté, le 10 mars 1930, sur la plainte de sa mère, qui déclare :

« Ce garçon, qui est antimilitariste et doit partir au régiment, est appelé à passer le conseil de révision dans quelques jours. En raison de ses idées avancées, il a déclaré à son père et à moi qu'il mettrait le feu chez nous s'il était reconnu bon pour le service. Depuis deux ans, il ne travaille pas régulièrement et fait des dépenses exagérées, ce qui lui a attiré des remontrances de notre part. Au lieu de s'amender, Robert, qui a un caractère coléreux, m'a traité à plusieurs reprises de « putain » et d'autres qualificatifs qu'il me serait pénible de répéter, et en s'adressant à son père, il l'a traité d'enc... et d'enfilé, ou d'autres noms aussi ignobles, et nous a frappés.

Aujourd'hui, à midi, prétextant que le déjeuner n'était pas prêt, il a cherché à nous frapper, puis saisissant une bouteille d'acétone, produit chimique volatil, il a voulu la jeter sur le poêle allumé, ce qui aurait certainement provoqué une explosion... Puis il a renversé le poêle allumé, ce qui aurait certainement provoqué le feu au linoléum... Mon fils a déjà brisé une partie de notre mobilier, et sa colère lui fera commettre un acte regrettable.

Je porte plainte. »

Les renseignements de police le signalent ainsi : — C'est un individu qui est représenté comme dangereux, n'ayant plus parfois le contrôle de ses actes, extrêmement paresseux, ne vivant qu'aux dépens de ses parents qui, pourtant, se trouvent dans un grand dénûment. » Casier néant.

A déjà été soigné à l'asile Sainte-Anne, dans le service du professeur Claude.

Examen de l'inculpé

J'ai examiné l'inculpé à la Roquette et j'ai consulté les documents médicaux qui ont été pris sur lui dans le service du professeur Claude à Sainte-Anne où il a été soigné du 13 septembre 1929 au 4 octobre 1929.

Interrogé sur les faits qui lui sont reprochés, il les reconnaît en partie, mais en cherchant à les atténuer. C'est ainsi qu'il déclare qu'il n'a pas renversé exprès le poêle. Il était allé à son travail le matin et il revenait déjeuner chez lui. Cette scène de violence se serait produite subitement, sans provocation préalable. La veille cependant il avait été contrarié par suite d'une panne de son appareil de T. S. F...

— « J'ai tout brisé, dit-il, j'ai donné des coups de pieds à droite et à gauche. J'ai pris une bouteille qui se trouvait contenir de l'acétone et j'ai voulu la jeter par terre. C'est à ce moment que le poêle est tombé et a brûlé le linoléum. »

Il conserve les souvenirs les plus précis de cette scène, et il ne s'agit donc pas d'un équivalent épileptique, tout au moins d'un équivalent inconscient.

— « C'est un accès de colère qui a été plus fort que moi, que je suis absolument incapable de maîtriser, ainsi que cela m'arrive souvent. »

Or, d'après l'examen auquel j'ai procédé et d'après les résultats de son observation médicale à Sainte-Anne, il résulte que ces accès de colère sont en rapport avec l'épilepsie.

Ces crises de colère sont assez fréquentes et il perd toute mesure.

Il lui est arrivé plusieurs fois de briser des meubles. Il dit ne pas s'en prendre aux personnes et n'avoir jamais frappé quelqu'un, bien que ses parents prétendent le contraire.

Il a des colères au cours desquelles il injurie grossièrement ses parents ou même son patron. Il le regrette ensuite, mais il ne peut s'en empêcher. Cet état dure un quart d'heure à vingt minutes.

Les souvenirs sont conservés.

Il y a un peu plus d'un an, il aurait fait une fugue inconsciente ayant erré toute une journée dans Paris sans savoir ce qu'il faisait et s'étant retrouvé à une gare de ceinturé près de Clichy.

Il s'est étonné d'être là ne sachant comment cela se faisait, étant très fatigué et ayant très faim.

Il aurait probablement eu une deuxième fugue, d'après ce que sa mère lui a raconté, mais il n'en a conservé aucun souvenir.

Il ne semble pas qu'il ait jamais eu de crises convulsives. Par contre, il a des absences et des vertiges qui paraissent très caractéristiques.

— « Je deviens très pâle, dit-il, j'ai l'impression que je vais

perdre connaissance, mais cela ne se produit pas. C'est comme s'il n'y avait personne autour de moi. Il me semble que tout disparaît. J'ai un brouillard devant les yeux. »

Parfois cet état se complique de sensations vertigineuses avec tournoiement des objets et sensations de perdre l'équilibre. Ce sont les « vertiges épileptiques ».

Une fois, il a eu une espèce d'état syncopal, étant tombé, pouvant remuer, mais n'ayant pas la force de se relever et de marcher. Il n'a pas perdu connaissance, mais on a dû le relever et le ramener chez lui. Il est resté quatre jours couché, car il était très fatigué. Il semble que le début de ces accidents ait eu lieu vers 12 ans, par des absences et des vertiges. Les colères sont apparues plus tard vers 16 ou 17 ans.

Elles sont devenues de plus en plus violentes.

M... n'est pas un arriéré et a une intelligence suffisante.

Il a passé facilement son certificat d'études.

Il est né à terme.

Il a eu des convulsions à 8 mois, la rougeole, une bronchite, une appendicite opérée à 7 ans et demi, un ictère.

Sa mère serait un peu nerveuse.

Il a travaillé dans l'imprimerie et dans la gravure.

Il déclare qu'il ne peut rester inactif et qu'il est obligé de bricoler quand il ne travaille pas (photographie, T. S. F., etc.).

L'examen physique montre quelques stigmates de dégénérescence, une voûte ogivale, des oreilles petites, de l'asymétrie crânienne, un faciès adénoïdien.

L'examen neurologique est négatif.

Observation VI

L'inculpé a été arrêté le 27 juillet, à 21 h. 15, rue de Passy, dans les circonstances suivantes :

L'attention d'un agent ayant été attirée par une auto qui stationnait les phares allumés, il s'est approché de la voiture et a vu un individu tentant en vain de la faire démarrer. Interpellé, il n'a pu montrer les papiers de la voiture. Puis il a offert 50 francs à l'agent pour qu'il le laisse partir. Comme celui-ci le conduisait au commissariat, il a tenté de s'enfuir. Il s'est débattu et a donné trois coups de pied dans le ventre de l'agent et un qui a atteint le pouce de la main droite.

Sur lui on a trouvé deux codes *Michelin*, un raccord de pompe, deux clefs à molette et 1 fr. 60.

Il n'avait pas sur lui de papiers, ni de permis de conduire. Au moment de son arrestation l'inculpé aurait dit qu'il tentait de dépanner la voiture de son patron.

Au commissariat il a fait la déclaration suivante :

« Je ne me souviens de rien. J'ai de temps à autre des accès de paludisme et c'est dans une crise que j'ai fait cela. »

Les instruments trouvés en sa possession sont ceux dont il se servait au garage où il travaillait et qu'il a oubliés dans sa poche.

A l'instruction il a déclaré avoir agi sous l'influence d'une crise mentale : « Au commissariat de Saint-Victor on pourra vous dire qu'en mars ou avril, j'ai eu une crise, alors que j'étais chauffeur chez M. D... J'ai quitté mon travail à 19 heures du garage de la rue Schaeffer et je devais rejoindre ma femme au métro Passy à 19 h. et demie. Je ne l'ai pas vue et je ne sais pas du tout ce que j'ai fait. Je ne conteste pas que vers 21 h. 15, un agent m'a trouvé essayant de mettre en marche une auto arrêtée. Je vous affirme que je ne savais plus ce que je faisais en agissant ainsi. Il déclare ne pas se rappeler avoir été invité à suivre l'agent au poste, ni lui avoir proposé 50 francs, ni lui avoir donné trois coups de pied.

« Certainement qu'à ce moment j'avais une crise, car je ne me rappelle rien de tout cela que je ne conteste pas. »

Son « amie » écrit : « Je n'ai rien à me plaindre de ce dernier,

sauf pendant ses crises, qui me causent de gros chagrins, tel qu'en ce moment. »

Les renseignements généraux le représentent comme travaillant régulièrement. Rien d'anormal n'a été noté dans son état mental. »

Casier judiciaire néant.

Examen de l'inculpé

J'ai examiné longuement, à deux reprises, l'inculpé à la Santé, et j'ai, par ailleurs, convoqué sa maîtresse.

L'inculpé se présente d'une façon extrêmement correcte. Son attitude a toujours été celle d'un homme qui ne conteste pas la réalité des faits qui lui sont reprochés, car il ne met pas en doute le témoignage de l'agent, mais qui déclare, avec toutes les apparences de la plus grande sincérité, ne rien se rappeler.

Il est évident que, dans des cas de ce genre, la sincérité d'une amnésie doit faire l'objet d'une critique particulièrement serrée, car l'amnésie faussement alléguée est fréquente. Or, dans le cas présent, l'inconscience totale de l'inculpé au moment de l'action est médicalement possible. L'inculpé n'est tombé dans aucun des pièges que l'on tend à ceux qui la simulent. Enfin les renseignements de son « amie » nous apprennent qu'il a déjà été victime de périodes d'inconscience n'ayant entraîné aucune poursuite judiciaire, mais ayant nettement été préjudiciables à L... lui-même. Ces renseignements de l'amie de L... ont d'autant plus d'importance que cette dame s'est montrée tout à fait ignorante du caractère pathologique de ces faits et n'en a pas compris l'importance. Tels sont les points que nous allons exposer :

Voici le récit spontané de l'inculpé :

Je suis sorti de mon travail à 7 heures et demie. J'avais rendez-vous avec ma femme à 7 heures et demie, rue de Passy, près de la rue Albony. Je ne l'ai pas vue. Je ne sais pas si c'est cela qui m'a suffoqué. Après, je ne sais plus du tout ce qui s'est passé... Je me suis retrouvé le lendemain matin au poste. Je me suis vu couché sur des planches et je me suis dit : « Où est-ce que je me trouve ? » — J'avais la tête méconnaissable à cause des coups (de fait, il présente de nombreuses ecchymoses sur la face, notamment une énorme ecchymose en « monocle » de l'œil gauche avec effusion sanguine sous-conjonctivale). — Je ne me rappelle pas du tout avoir reçu

des coups... C'est seulement dans le commissariat de police de mon quartier que l'on m'a tout raconté. Soi-disant on m'a aperçu dans une auto, voulant la mettre en route. »

La plupart des inculpés qui simulent l'amnésie se démasquent en niant les faits qui leur sont reprochés, en les contestant, ou en brochant autour d'eux. Parfois ils se livrent à de grandes protestations d'innocence.

Or, L... ne met pas en doute la déposition des agents, il ne la conteste pas, ne la commente pas, mais l'enregistre purement et simplement.

A une de mes questions, il répond : « Peut-être que j'ai pensé être dans mon garage. Toute la journée je manipule des autos. »

Or, il est très possible que cette explication soit la vraie. Beaucoup d'épileptiques, au moment de leurs « absences », se croient, — comme dans un rêve, — à leur travail.

Or, L... qui, toute la journée, manipule des autos dans un garage, a très bien pu, pendant sa crise, se croire à son travail et monter dans une auto.

Le fait qu'il ait laissé les phares allumés a une très grande importance, car ici c'est certain qu'un voleur d'autos, très habitué au maniement des voitures, ne laisserait pas les phares allumés à proximité d'un agent, en plein Paris.

Donc le récit de l'inculpé, la manière dont il a agi rendent très vraisemblable l'hypothèse d'une « absence épileptique ».

Ce qui confirme également cette hypothèse, c'est le récit que sa femme et lui m'ont fait séparément d'un épisode qui semble caractéristique.

« Quelques mois auparavant il est parti de chez nous, me dit son amie, ayant emporté dans une valise tous ses vêtements et tout son linge. Il est parti sans aucune raison et sans la moindre dispute. Puis il est revenu à la maison au milieu de la nuit, sans sa valise, ne se rappelant aucunement ce qu'il avait fait. Nous avons été très ennuyés de cela, car il y avait bien pour 2.000 francs de vêtements et de linge. » L'inculpé me raconte la même histoire. « Une après-midi de décembre, je ne sais quelle lubie m'a pris. Alors que ma femme était à son travail, j'ai ramassé toutes mes affaires et je suis parti. Quand je suis revenu je n'avais plus rien du tout. Je me souviens seulement que j'ai été réveillé par un agent, alors que je dormais sur un banc. Je me croyais dans mon lit. »

Ainsi voilà un épisode dont la réalité ne paraît guère contes-

table au cours duquel un homme s'en va de chez lui sans aucune raison, erre dans Paris, dort sur un banc et revient ayant perdu pour 2.000 francs de vêtements et n'ayant conservé aucun souvenir de sa fugue.

Une autre fois, étant chauffeur d'une camionnette, il a abandonné celle-ci. La camionnette a été trouvée abandonnée et L... aurait été trouvé dans la rue, couché en travers des rails d'un tramway.

Quelques jours avant son arrestation, L... a commis un acte qui n'est aucunement inconscient. Il a pris volontairement, un certain dimanche où il était seul au garage, une voiture au garage avec l'intention de se rendre à une fête de famille donnée par son beau-père avant son départ pour la Martinique. Il avait l'intention de revenir avec cette auto au garage, mais, en cours de route, il a eu un petit accident de machine. Il s'agit là d'une « bordée » comme en font quelquefois des mécaniciens qui empruntent la voiture d'un client pour leur usage personnel.

Mais le fait que L... n'ait pas invoqué pour cette « bordée » un état d'inconscience prouve, dans une certaine mesure, sa bonne foi.

Ces épisodes inconscients sont d'autant plus plausibles, au point de vue médical, que L... a des raisons d'être épileptique et a présenté plusieurs manifestations de cette maladie.

Pendant la guerre il a été fait prisonnier. Il aurait tenté de s'évader, mais a été rejoint. Il aurait été alors fortement frappé à coups de crosse, notamment sur la tête. Or, on constate à la partie supérieure de la région pariétale droite une brèche osseuse très nette, qui a fort bien pu être déterminée par un coup de crosse.

Après ce coup, il aurait immédiatement perdu connaissance. Ce traumatisme crânien est, selon toutes vraisemblances, le point de départ de son état comitial.

Rapatrié en France après l'armistice, il a fait campagne en Syrie et aurait eu quelques accès de paludisme.

Il a été démobilisé à la fin de 1919.

Puis il s'est marié, mais ne s'est pas entendu avec sa femme. Ils se sont séparés, et ils sont actuellement en instance de divorce. Le 16 juillet 1920 il s'est engagé à la Légion et a été nommé caporal le 6 mai 1924.

Il a été libéré le 7 juin 1929.

En 1923 auraient commencé des crises qui paraissent nette-

ment épileptiques. « J'ai un voile qui passe, puis je tombe et je ne sais plus ce qui se passe. C'est toujours la tête qui prend. Je tombe toujours sur la tête et je me suis souvent blessé. Ces crises auraient été très rares. J'en ai eu deux en 1923 et quelques-unes depuis, mais plus espacées. »

Il semble que l'inculpé ait méconnu le caractère et la gravité de ces crises.

Ayant été libéré de la Légion en mai 1929 il a commis l'imprudence d'entrer à la T. C. R. P. et de conduire des autobus. Cependant, se rendant vaguement compte de son état, il a quitté la T. C. R. P. « J'ai quitté, dit-il, parce que j'avais peur d'un accident, si, par hasard, une crise me prenait au volant. »

Le fait que la T. C. R. P. ait accepté L... comme conducteur ne prouve rien, car l'épilepsie est incontrôlable au cours d'un examen médical si l'inculpé ne renseigne pas le médecin.

Après, il a travaillé chez Renault, puis dans un garage, rue Scheffer, où il se trouvait depuis un mois environ.

Il n'y a pas, à la connaissance de l'inculpé, d'aliéné dans sa famille.

Ses parents seraient vivants, mais ils l'ont abandonné à une œuvre charitable à l'âge de 4 ans.

Il a été placé chez des fermiers, puis il s'est engagé pour la guerre. Nous savons ce qu'il est devenu depuis.

En dehors de ces accès d'épilepsie et de leurs « équivalents », l'examen médical et psychiatrique ne révèle aucune anomalie importante.

L..., en dehors de ses crises, n'est nullement un aliéné. Son intelligence est normale. Sa mémoire, bonne, son jugement sain. Sa moralité paraît bonne et son casier judiciaire est vierge.

Malheureusement, comme il arrive fréquemment chez des gens de sa classe sociale, qui ne comprennent pas l'intérêt qu'ils ont à se soigner et à suivre une bonne hygiène, quand ils sont atteints d'épilepsie, L... ne fait pas le traitement que comporte son état et, sans être un alcoolique, use de vin et d'alcool, ce qui est déjà un excès. Parfois même il commet quelques petits excès, qui ont les plus funestes conséquences sur son état. Il ne présente aucun signe physique d'alcoolisme chronique, ce qui prouve qu'il boit modérément. Mais une quantité de vin inoffensive chez un sujet normal ne l'est pas chez un épileptique.

Observation VII

Le nommé T... a été arrêté le 28 novembre 1927, à 15 h. 30, dans les jardins du Trocadéro. L'attention des agents avait été attirée par cet individu qui ne faisait qu'entrer et sortir d'un urinoir.

— Nous l'avons vu, disent les agents, aller dans les jardins où il s'arrêtait devant toutes les femmes. A 14 heures il revient de nouveau dans l'urinoir et nous le voyons, à chaque fois qu'il passe une femme, la verge hors du pantalon se tourner vers elle. A 15 h. 05 il ressort et recommence son manège dans les jardins. A 15 h. 30 il revient pour la troisième fois dans l'urinoir et c'est au moment où il exhibait sa verge à une femme qui passait en compagnie d'une petite fille de 7 à 8 ans que nous l'avons interpellé...

Les agents précisent dans leur déposition orale qu'ils ont vu cet homme sortir de quelques pas de l'urinoir « tenant sa verge en main, en érection, et se masturber en vue d'une femme et d'une fillette ».

L'inculpé déclare : « Je ne peux pas douter de la parole de l'inspecteur. Quant à moi, je ne me souviens pas de ce que j'ai fait. »

Aucun renseignement défavorable n'a été recueilli sur l'inculpé.

Il est médaillé militaire et exerce très régulièrement son emploi de comptable dans une banque.

L'examen mental est ordonné par le Juge à la demande de la défense, qui fournit un certificat médical du D^r Demiel qui a constaté « un certain degré de mutisme et un raisonnement parfois puéril en regard de son âge, de sa situation sociale et de son passé ». Ce praticien conclut à « l'irresponsabilité des actes attribués à M. J... T... »

Beaucoup plus importante est la déposition de l'inspecteur. « Quand j'ai arrêté le nommé T..., dit-il, j'ai eu l'impression que c'était un malade qui ne semblait pas se rendre compte de la gravité de ses actes... Il ne savait que répondre à mes observations. D'ailleurs j'ai été surpris qu'il n'ait pas remarqué ma surveillance qui avait duré plus de 3/4 d'heure. »

Je répète que cette déposition est fort importante, car T... a agi — ainsi que j'en ai l'intime conviction — au cours d'un *équivalent épileptique*. Dans le cas présent, il est très intéressant que

l'agent qui a procédé à l'arrestation et qui ne saurait être suspecté de partialité en faveur de l'inculpé, ait fait spontanément de pareilles constatations.

Examen de l'inculpé

L'inculpé se présente très correctement et répond de bonne grâce aux questions. A aucun moment, il n'a simulé de troubles mentaux, ni même exagéré les troubles réels de nature épileptique qu'il a eus. Bien plus, il a paru très surpris et un peu inquiet d'apprendre qu'il était atteint d'une forme atténuée d'épilepsie.

Le récit détaillé des faits qui ont précédé, accompagné et suivi son outrage public à la pudeur, est de la plus haute importance pour déterminer le caractère pathologique ou non de ce délit.

Le jour où il a été arrêté était un lundi et, comme d'habitude, il était allé à son travail... Son service à la Banque l'oblige à déjeuner à 11 heures et demie, puis à travailler de midi à midi et demi pour collationner les ordres de Bourse. Ensuite il est libre jusqu'à 2 heures ou 2 heures et demie.

Il est sorti à midi et demi et est allé au Trocadéro pour retenir des places pour le lendemain soir ; mais là on lui a appris qu'il n'y avait pas de spectacle ce jour-là.

Ayant encore quelques instants à perdre, avant de rentrer à sa Banque, il a fait un tour dans les jardins du Trocadéro.

Jusque-là tous ces souvenirs sont précis et il n'y a absolument rien de pathologique ou d'anormal dans ses faits et gestes. Il est à noter également que c'est par hasard et sans préméditation érotique qu'il s'est trouvé dans les jardins du Trocadéro.

Enfin T..., qui est un employé très ponctuel, avait la ferme intention de rentrer à sa Banque entre 2 heures et 2 heures et demie. Or il a été arrêté à 3 heures et demie, alors qu'il aurait dû être rentré depuis plus d'une heure, et cela après une conduite et une attitude des plus bizarres.

Dans les jardins — et seulement tout à fait au début — il se rappelle avoir vu des femmes assises sur des bancs et avoir éprouvé à ce spectacle une excitation sexuelle. Ce n'est pas la première fois qu'il est excité dans ces conditions, et déjà, à plusieurs reprises, la vue des jambes et même des cuisses de femmes assises provoquait chez lui une érection qui l'obligeait à se soulager par la masturbation dans un urinoir.

Il a le vague souvenir d'avoir cédé à cette fâcheuse tendance, mais à partir de ce moment il ne se rappelle plus ce qu'il a fait... Sa sincérité paraît absolue et, malgré mes pièges, je n'ai pu le mettre en défaut.

Il n'a aucun souvenir d'avoir erré pendant plus d'une heure dans les jardins, d'être rentré plusieurs fois dans l'urinoir, d'avoir aperçu une femme accompagnée d'une fillette.

Il n'avait aucunement conscience d'être en retard, et il ne s'est pas aperçu de la filature dont il était l'objet (ainsi que l'a noté l'inspecteur).

Il était encore dans un état d'obtusion intellectuelle lorsqu'il a été arrêté et il a demandé pourquoi on le conduisait au poste.

Bref, l'analyse minutieuse de tout ce qui précède montre que de 2 heures et demie à 3 heures et demie, l'activité de T... a été bizarre, anormale, à demi consciente ou tout à fait inconsciente, bref pathologique. Presque toujours les exhibitionnistes qui invoquent une excuse mentale prétextent une impulsion irrésistible. Rien de semblable chez T... qui ne comprend pas qu'on puisse éprouver la moindre jouissance à s'exhiber et à qui cela paraît franchement absurde.

Les déductions précédentes, qui tendent à faire de l'exhibitionnisme de T... un « équivalent épileptique », sont singulièrement renforcées par certains accidents de nature épileptique que l'on retrouve en fouillant le passé de T...

Ce qui est très important, c'est que loin d'exagérer et de les mettre en valeur, l'inculpé ne se rend pas compte de leur importance et les aurait volontiers passés sous silence...

T... a eu dans sa vie quelques crises épileptiques convulsives franches. Elles sont peu nombreuses, mais caractéristiques. L'inculpé ne donne pas grands détails — ce qui est toujours le cas chez les vrais épileptiques, puisqu'ils n'ont aucune conscience de ce qui se passe pendant leurs crises.

Il sait seulement qu'il a des sueurs froides et qu'il tombe sans connaissance, puis il ne conserve aucun souvenir.

La dernière crise aurait eu lieu il y a trois ou quatre semaines. Sa femme, qui en a été le témoin, décrit une crise épileptique typique, avec pâleur initiale, chute, convulsion, stertor. En plus de ces crises franches, il a eu des symptômes qui sont souvent la conséquence d'une crise nocturne passée inaperçue. C'est ainsi qu'il a uriné au lit et qu'il est tombé de son lit. Mais surtout T... a des

« absences » qui ont tous les caractères des « absences épileptiques ». Lui-même les a remarquées. Elles sont, selon son expression, rapides comme un éclair et consistent en une sensation instantanée d'étourdissement avec obscurcissement. Elles sont fréquentes, presque quotidiennes. Parfois elles s'accompagnent d'une sensation vertigineuse et constituent ce qu'on appelle le « vertige épileptique ».

Sa femme confirme l'existence et les caractéristiques de ces absences. « On lui cause, dit-elle, il nous regarde, il a l'air de nous écouter, mais il n'a rien vu, rien entendu. Il a l'air de sortir d'un rêve, il est hébété. Il est pâle comme un mort. Cela commence et disparaît subitement. »

M. L... certifie également que T... a de « nombreuses absences au cours de conversations, particulièrement pendant les repas ». Enfin M^{me} T... m'apprend que peu de jours avant son arrestation, au cours de la nuit, son mari a eu des rapports sexuels avec elle d'une façon inopinée, bizarre et brutale, et ne ressemblant à rien à leurs rapports ordinaires. Le matin au réveil, comme elle rappelait à son mari ce qui s'était passé au cours de la nuit, celui-ci n'en avait gardé aucun souvenir.

Là aussi, sans aucun doute, il s'agit d'un « équivalent épileptique ».

De quand daterait cette maladie et quelle en serait la cause ? Il m'a été impossible de le savoir, ainsi que cela est fréquemment le cas, dans l'épilepsie dite essentielle.

Plusieurs fausses couches faites par sa femme ont fait penser au médecin traitant qu'il s'agissait peut-être de syphilis.

Un examen du sang a été fait à ce point de vue chez le mari et chez la femme et a été entièrement négatif.

Malgré ce résultat négatif, le médecin a institué un traitement antispécifique.

L'examen physique ne révèle aucun signe de syphilis et aucun symptôme de lésion du système nerveux. Les réflexes pupillaires et tendineux ou cutanés sont normaux.

Par ailleurs, l'examen physique ne montre aucun symptôme digne d'être noté.

Il en est de même au point de vue mental.

En dehors de tout ce qui précède, on ne trouve aucun trouble mental particulier, aucun signe de démence, de délire, d'aliénation. Au point de vue psychologique, les différentes facultés intellectuelles, affectives, morales, volitionnelles sont normales.

En dehors d'une condamnation avec sursis pour outrage public à la pudeur (et qui m'a paru également être le résultat d'une « absence » au cours d'une miction volontaire), le passé de T... est irréprochable.

Il a passé son certificat d'études à 11 ans, puis a obtenu un diplôme de comptable de l'École Pigier. Il est depuis sept ans employé à la même Banque.

Pendant la guerre, il a été blessé grièvement par un éclat de grenade ayant pénétré dans le dos, ayant perforé les intestins et ayant nécessité une laparatomie. Il est retourné au front après sa blessure. Il a la médaille militaire et la croix de guerre.

Son acte délictueux est en parfaite contradiction avec tout son passé régulier, et cela ne nous étonnera pas, puisqu'il s'agit d'un acte entièrement inconscient et dont il ne saurait supporter en aucune façon la responsabilité.

Observation VIII

Z... a été arrêté, le 12 mars 1926, à 17 heures, boulevard Saint-Denis, dans les circonstances suivantes :

Étant dans un état manifeste et public d'ivresse, il se masturbait devant l'établissement de M. P..., négociant, qui déclare :

« Cet après-midi, l'individu que je viens de faire amener devant vous s'est arrêté devant mon magasin, sur le trottoir, et, après avoir complètement déboutonné son pantalon, s'est masturbé, à la vue de tous les passants, pendant plusieurs minutes. Alors que j'intervenais pour faire cesser ses agissements, cet individu m'a insulté et a voulu me frapper.

Interrogé, l'inculpé déclare être né le 7 mai 1887, avoir eu une quinzaine de condamnations, exercer le métier de nettoyeur de carreaux et gagner 20 francs par jour.

« J'étais, dit-il, en état d'ivresse tout à l'heure. Je ne sais si je me suis masturbé, ainsi qu'il est dit. C'est possible étant donné que j'étais saoul et que je ne sais ce que j'ai pu faire. »

Aux sommiers judiciaires, l'inculpé est connu comme ayant encouru 15 condamnations, sous deux noms différents.

Au juge d'instruction, il fait les mêmes déclarations et ajoute : « Je suis d'ailleurs malade et j'ai été interné à Villejuif. »

Examen de l'inculpé

L'inculpé reconnaît avoir déjà eu 15 condamnations pour vols, coups et blessures, refus d'obéissance, etc...

Interrogé sur sa masturbation en public, il dit ne rien se rappeler.

A cette époque, il travaillait comme manœuvre, mais ne pouvait rester longtemps dans la même place à cause de ses crises d'épilepsie.

Pendant mon examen, l'inculpé a une crise d'épilepsie. Il pâlit, me regarde fixement, puis tombe dans des convulsions toniques, puis cloniques. Bien que toute crise se produisant au moment précis où l'inculpé est examiné par le médecin expert doive être

suspectée de simulation, celle-ci m'a paru véritable à cause de la pâleur et des modifications pupillaires qui ne peuvent être simulées. De même l'obnubilation consécutive était conforme à celle qu'on observe chez les vrais épileptiques.

De plus, Z... a été interné pour ces accidents de nature alcoolique et épileptique, ainsi que le prouve le certificat suivant du Dr Heuyer, médecin de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de Police d'octobre 1924.

« Alcoolisme chronique et épilepsie — État confusionnel — Obnubilation — Amnésie — Désorientation — Onirisme — Récits dramatiques.

Paris a été anéanti par un incendie allumé par les Allemands : fumées dans le ciel ; montagnes qui se « décollent » ; volcans, éboulements, crevasses qui s'ouvrent sous ses pas.

Arrêté au moment où dans une crise pantophobique, il frappait à coups de pied aux portes du Conservatoire des Arts et Métiers. Retour à une relative lucidité. Aveu d'excès de boisson. Tremblement, facies vultueux, hypéralgésie musculaire, épilepsie depuis 1921. Crises nocturnes et diurnes. Paraît avoir eu une crise convulsive avant l'épisode confusionnel actuel. Morsure récente de la pointe de la langue. Possibilité de syphilis antérieure. Ulcération de la verge, il y a quinze ans.

L'examen physique m'a montré l'existence des symptômes de l'alcoolisme chronique : gros tremblement des doigts, douleur à la pression des masses musculaires. Il aurait des cauchemars et des pituites.

En résumé, Z... est atteint d'épilepsie avec troubles mentaux ayant nécessité un précédent internement. La masturbation qu'il a commise en public et dont il ne paraît avoir gardé aucun souvenir a été la conséquence d'un équivalent épileptique provoqué par l'état d'ivresse dans lequel il se trouvait.

Cet état nécessite des soins spéciaux et une surveillance particulière dans un asile d'aliénés.

Observation IX

L... a été arrêté, le 16 février 1927, en train d'exhiber ses parties sexuelles devant M^{me} R... Celle-ci le reconnaît et l'a vu faire ses exhibitions à plusieurs reprises.

Celle-ci affirme qu'elle l'a vu plusieurs fois descendant de bicyclette pour s'exhiber. Il lui aurait barré le passage.

L'inculpé déclare qu'il est un malade et reconnaît que cela a pu lui arriver à cause de sa maladie. Cela le prend, dit-il, par un besoin d'uriner.

Étant donné son état maladif probable, l'inculpé a été laissé en liberté provisoire, et je l'ai examiné à l'hôpital Saint-Antoine, à trois reprises.

Examen de l'inculpé

Au cours de mes trois examens, j'ai été frappé par le contraste qui existe entre l'honnêteté apparente de L... et l'immoralité de l'acte qui lui est reproché.

Malgré tous les moyens employés au cours d'un examen psychiatrique, je n'ai jamais pu faire avouer à L... qu'il éprouvât la moindre satisfaction à s'exhiber. Vraiment il ne paraît céder à aucune impulsion consciente.

Sa sincérité me paraît absolue quand il me déclare ce qui suit : « C'est inadmissible que ça m'arrive... Moi qui ai tout mon bonheur chez moi. C'est incompréhensible. C'est ridicule. Je n'ose plus sortir. »

Il affirme qu'avant l'acte il n'y pense pas du tout. Puis qu'il soit à pied ou à bicyclette, il sent un picotement dans la verge, comme une envie d'uriner et il se met le long du mur. A partir de ce moment, il ne se rappelle pas ce qui se passe et n'en a pas conscience. » Il paraît que je me masturbe... mais je ne pense pas. Si ça m'arrive, je ne peux pas comprendre... Ensuite quand on me cause, ça me réveille. »

Il éprouve ensuite une sensation de lassitude et de fatigue générale.

Il avoue que cela lui est arrivé une dizaine de fois, mais il

conteste l'exactitude de la déclaration de la plaignante et il démontre qu'il ne peut s'exhiber devant cette dame depuis plus d'un an puisqu'il travaille à Nogent seulement depuis quelques mois.

J'ai déjà dit que ces déclarations paraissaient sincères et j'ajoute que le malade a devant moi une crise émotive avec découragement, pleurs et des troubles physiques qui ne peuvent être simulés, tels que troubles vaso-moteurs et grande rapidité du pouls.

La description qui précède fait penser immédiatement à l'épilepsie. Or L... est atteint de cette maladie.

Au régiment, il a fait une chute de cheval et serait devenu épileptique ensuite. Il aurait été réformé après huit mois de service pour épilepsie.

Néanmoins, au moment de l'appel des récupérés, il n'a pas voulu passer une visite médicale et a fait la guerre.

La description qu'il me donne de ses crises est absolument typique. D'ailleurs, à la suite d'un précédent exhibitionnisme, il a été reconnu épileptique et irresponsable. Il a été soigné quelques temps près d'Orléans, mais sa famille l'a retiré de l'asile.

En faveur de la nature épileptique de son exhibitionnisme, qui me paraît d'ailleurs certain, il y a également ce fait qu'il ne prend aucune précaution et qu'il s'exhibe même s'il y a des hommes à proximité. Aussi a-t-il reçu un nombre considérable de volées pour cet acte dont il est inconscient. De même il a souvent été passé à tabac.

J'ai interrogé la femme de L... Elle me décrit les crises d'épilepsie de son mari. Il s'agit de crises typiques avec chute, mouvements toniques et cloniques, urination involontaire, startor et obnubilation.

La première crise à laquelle elle a assisté a eu lieu un mois après son mariage. Autrefois il aurait eu jusqu'à trois crises par semaine. Mais elles sont beaucoup plus rares actuellement. L'examen physique ne révèle aucune anomalie physique grave. Les réflexes sont normaux, les réactions pupillaires sont un peu lentes. Il y a un léger tremblement des doigts. Sans être alcoolique, le sujet boit plus de vin qu'il ne faudrait étant donnée sa maladie.

J'ai cru nécessaire de compléter cet examen par un examen de sang que j'ai prélevé moi-même à l'inculpé.

La réaction de Wassermann a été négative, ce qui prouve que cette épilepsie n'est pas d'origine syphilitique.

Elle paraît plutôt traumatique. Son père serait mort alcoolique avec des troubles mentaux et la sœur de L... aurait aussi des crises.

Observation X

L'inculpé a été arrêté, le 5 juin 1926, rue du Vertbois, pour vol de bicyclette, dans les circonstances suivantes : il avait été signalé à la police comme cherchant à vendre, pour la somme de 100 francs, une bicyclette Olympic, à l'état de neuf.

Il reconnut que la bicyclette trouvée en sa possession avait été dérobée par lui, dans le courant de la journée, devant un bureau de poste.

Il est actuellement sans travail et sans domicile fixe.

Il a été réformé le 1^{er} janvier 1922 pour crises d'épilepsie.

Son casier judiciaire est chargé. B... a été dans une maison de correction jusqu'à 18 ans, par jugement du tribunal d'Avranches du 9 juin 1915, pour abus de confiance, vol et filouterie. Il a eu dix condamnations dont la plupart pour vol, d'autres pour escroquerie, vagabondage...

Examen de l'inculpé

L'inculpé se présente correctement, mais l'expression de son visage et de son regard trahit un certain déséquilibre mental avec exaltation psychique. Tout d'abord, en ce qui concerne l'acte dont il est inculpé, B... ne fait aucune difficulté pour reconnaître qu'il a été accompli avec une parfaite lucidité. Il a volé une bicyclette, dans l'intention de la vendre et il l'a effectivement proposée à quelques passants. Il n'a cédé à aucune impulsion pathologique.

D'autre part, c'est un récidiviste du vol et surtout du vol de bicyclette. Donc l'acte ne présente par lui-même rien de pathologique et il semblerait que B... dut en supporter toute la responsabilité.

Mais cette délinquance à répétition est en grande partie la conséquence de son déséquilibre et de l'épilepsie dont il est atteint.

Né en 1900, est issu d'une famille assez aisée ; il a commencé ses études secondaires à Toulon, mais n'a pu les poursuivre au delà de la quatrième, à cause de son épilepsie. Celle-ci se traduisait, en effet, d'après ce qu'il me dit, par des convulsions, d'une part, et, d'autre part, par des fugues qui paraissent avoir été tout à fait

inconscientes, comme cela s'observe dans l'épilepsie. Il se retrouvait brusquement dans un lieu qu'il ne connaissait pas, ne sachant pas comment il y était parvenu et qui était quelquefois très éloigné de son point de départ. C'est ainsi qu'il serait allé de Toulon à Avran-ches.

Il semble qu'on ne se soit pas rendu compte alors du caractère maladif de ces troubles de la conduite, et il est probable qu'il eût mieux valu le soigner que le condamner à la maison de correction.

Pendant son service militaire, aux équipages de la flotte, il commit plusieurs fugues, revenant d'ailleurs spontanément à son corps, après quelques jours d'absence. Au cours de ces fugues, il lui serait arrivé de vendre son paquetage. Or, on sait que la vente d'effets militaires est sévèrement punie. Mais son cas, paraissant anormal, il fut mis en observation et on conclut à la nature épileptique de ces troubles. Il fut réformé en 1922, ainsi que je l'ai constaté sur son livret.

Depuis sa réforme, B... a eu une existence très instable, car il ne pouvait rester dans aucune place, à cause de ses crises. Depuis la loi sur les accidents du travail, il est presque impossible à un épileptique de conserver un emploi, car les patrons ne veulent pas assumer la responsabilité d'un accident survenu au cours du travail.

J'ai vu des certificats où les patrons reconnaissent qu'ils ne pouvaient garder B... à cause de son état de santé.

Il a fait un grand nombre de métiers, parmi lesquels ceux de manœuvre, de garçon livreur triporteur, d'employé aux Halles. Mais ne pouvant garder aucune place, il gagnait sa vie en chantant dans des cafés ou sur les places publiques.

Il lui serait arrivé assez souvent d'avoir des crises dans la rue et d'être transporté dans un hôpital. D'après les renseignements trouvés au dossier figure une attestation qu'il a été en traitement à l'Hôtel-Dieu pour « épilepsie ».

Se trouvant (en particulier à ses sorties d'hôpital ou de prison) sans emploi et sans argent, il en vient à commettre des vols pour se procurer de quoi vivre.

Il y a en plus chez B... un déséquilibre mental qui diminue ses forces de résistance. Ce déséquilibre se manifeste, en particulier, par des aspirations intellectuelles et sentimentales qui témoignent d'un idéalisme assez touchant, mais puéril.

Tout en restant doux et en répugnant à la violence, il est aigri contre la société, qu'il trouve mal faite. Dans une longue pièce de

vers qu'il m'a récitée par cœur et dont il est l'auteur, il adresse une diatribe aux juges et prend la défense de ses camarades de prison.

Il se dit l'auteur de poèmes, de romans et de pièces de théâtre et il regrette amèrement de n'avoir pas pu trouver d'éditeur : « Ah ! s'écrie-t-il, si j'étais édité, je n'aurais pas besoin de voler et je ne serais pas en prison. »

Ses aspirations intellectuelles ne sont pas en harmonie avec sa situation sociale.

De même au point de vue affectif, il y a chez B... un déséquilibre assez curieux qui se manifeste par la misogynie, et par une inversion sexuelle surtout sentimentale.

Il me dit n'avoir jamais eu de rapports avec aucune femme et n'avoir aucun désir pour les femmes. Sachant que la pédérasie est habituelle dans le milieu pénitentiaire et en particulier dans les maisons de correction, je l'ai interrogé à ce sujet. Il m'a paru sincère lorsqu'il m'a dit qu'il avait été obligé de se défendre contre les tentatives de ses camarades et qu'il avait un profond dégoût des actes de pédérasie active ou passive consistant en « fellatio » ou « Sodomie ».

Par contre, il me décrit longuement son amour pour les jeunes gens, « beaux, agréables et intelligents ». Déjà à la maison de correction, il avait eu un très fort attachement pour un de ses camarades.

Quand il est en liberté, il recherche la compagnie de jeunes gens plus jeunes que lui, dépensant pour eux toutes ses économies, leur payant à dîner, leur offrant le théâtre. Ces rencontres se terminent d'ailleurs le plus souvent par des attouchements et des masturbations mutuelles.

Il y a dans ces faits plus qu'une homosexualité « de pénitencier », mais une véritable inversion sexuelle. D'ailleurs l'inculpé paraît avoir certains traits du caractère féminin.

Ce déséquilibre se traduit non seulement dans les sphères intellectuelles, affectives et sexuelles, mais dans le domaine de la volonté. Les vols de B... sont accomplis d'une façon assez soudaine, irréfléchie, presque impulsive. Il ne prépare pas son coup à l'avance, mais cède à la tentation en voyant un objet dont il pourrait s'emparer.

Il lui serait arrivé — si ce qu'il m'a dit est vrai — de voler des poulets aux halles, alors qu'il avait fait, honnêtement, le jour même, des encaissements de sommes importantes.

Après ses vols, il essaye d'écouler les objets volés sans adresse, se faisant arrêter presque à chaque coup.

Je note qu'au cours de mon examen il n'a pas essayé de se faire passer pour irresponsable, et qu'il ne m'a pas dit — comme tant d'inculpés — qu'il avait cédé à une impulsion irrésistible (ce qui lui eût été d'autant plus facile qu'il est épileptique et qu'il a commis des fugues inconscientes).

L'examen physique confirme les résultats de l'examen mental en montrant des symptômes de dégénérescence, et en particulier une anomalie de conformation des oreilles qui sont écartées, grandes, aplaties, dépliées, réalisant le type dit « oreille de Morel ».

Les réflexes tendineux sont normaux, sauf le rotulien droit qui est très faible. Les pupilles sont normales.

La constitution générale est médiocre, peut-être en partie à cause de la masturbation quotidienne du sujet.

Observation XI

Après avoir étudié le dossier où l'on ne trouve aucune divergence essentielle entre les dépositions des divers témoins et l'interrogatoire de l'inculpée, on peut résumer comme suit les faits qui sont reprochés à Mlle H... Marthe : Habitant chez ses parents, à Clamart, elle fit la connaissance, il y a deux ans, d'un voisin d'en face, M. Marcel A..., dont après quelques mois elle devint la maîtresse. L'inculpée affirme n'avoir jamais eu d'autre amant. Elle le voyait deux fois par semaine, à Paris, dans des hôtels différents, où elle passait quelques instants avec lui, et toujours l'après-midi. Il y a quelques mois, sur le conseil d'une amie, elle est entrée en relations de correspondance avec un sous-officier du 1^{er} Étranger, en garnison au Maroc. Bien qu'elle ne l'ait jamais vu, des promesses de mariage furent échangées. L'inculpée prétend que son amant, ayant eu connaissance de ces projets, l'aurait menacée de lui faire son affaire si elle se mariait. « Il ajouta, dit-elle, qu'il me rendrait enceinte pour m'empêcher de me marier. »

L'inculpée fit alors une déposition mensongère, qu'elle avoua être fausse par la suite et qui est formellement contredite par son père, qui dit n'avoir pas été au courant des relations de sa fille. « Mon père, dit-elle en effet, qui est très violent me menaça de me tuer si j'étais enceinte et d'aller faire une scène à mon amant. »

C'est alors qu'ayant constaté un retard de règles d'une dizaine de jours, et pensant qu'elle pouvait être enceinte, elle conçut l'idée de tuer son amant et de se suicider ensuite « pour échapper au déshonneur ».

Je constate une nouvelle contradiction dans l'interrogatoire de l'inculpée qui déclare au commissaire de police : « Je suis allée voir un médecin qui m'a déclaré que j'étais enceinte » et qui me déclare à moi-même : « Le médecin m'a dit qu'il ne pouvait pas se prononcer avant trois mois ». Elle prémédite son crime, ainsi qu'elle l'avoue : « Je reconnais la préméditation. Je voulais le tuer depuis plusieurs jours, pour me venger de ce qu'il m'a rendu enceinte. »

« Cet après-midi, dit-elle après son arrestation, je suis sortie de chez moi, vers une heure, et j'ai mis dans ma poche un couteau, bien décidée à tuer mon amant avec ce couteau, soit aujourd'hui,

soit plus tard, lorsque nous ne serions que nous deux dans une chambre d'hôtel. » En cours de route, je n'ai pas cessé d'avoir l'intention de le tuer, mais j'ai été gentille pour lui comme d'habitude.

Lorsqu'ils furent arrivés dans la chambre d'un hôtel, son amant se déshabilla à moitié et elle se mit sur lui : « Je ne me suis pas déshabillée, dit-elle, j'ai relevé mes jupes et je me suis mise sur lui comme si j'étais disposée à faire l'acte. De ses deux mains, il essayait d'ouvrir mon pantalon fermé, lorsque, ayant sorti de ma poche le couteau que j'avais apporté dans ce but, je lui ai porté un coup dans la gorge. »

En même temps qu'elle avait pris chez elle ce couteau, elle avait emporté une petite bouteille dans laquelle elle avait versé de la teinture d'iode et du laudanum, dans l'intention de se suicider. Elle aurait absorbé le contenu de cette bouteille pendant qu'on la conduisait au commissariat.

Conduite aussitôt après à l'hôpital Cochin, on lui aurait fait prendre un vomitif.

Examinée par M. le Dr P... elle fut reconnue non enceinte et en convint elle-même, car elle présentait alors un écoulement menstruel. Dans le quatrième paragraphe de ses conclusions, le Dr P... écrit :

« Le peu de précision des réponses de M^{lle} H..., la confusion mentale qu'elle semble présenter quand on cherche à lui faire préciser un point, pourrait nécessiter son examen par un expert spécialiste en neuropsychiatrie. »

Examen de l'inculpé

Examinée à la prison de Saint-Lazare, le 7 décembre, M^{lle} H... me déclare n'avoir pas besoin d'un examen mental. Elle se présente correctement et je ne remarque rien d'anormal dans son attitude. Elle renouvelle ses précédentes déclarations en ce qui concerne ses relations avec son amant, son projet de mariage avec le sous-officier, sa crainte d'être enceinte, son désir de vengeance, sa préméditation du crime et du suicide et leur tentative d'exécution.

Tous les souvenirs relatifs à ces événements sont parfaitement conservés et avec une grande précision dans les détails. Elle avoue, ainsi que je l'ai signalé plus haut, avoir altéré la vérité en disant que son père était au courant de ses relations et en disant qu'un médecin lui avait déclaré qu'elle était enceinte.

Elle me répète les motifs de sa tentative de suicide et d'homicide : « Marcel m'avait demandé si une fois mariée je continuerais à coucher avec lui. Sur ma réponse négative, il m'a dit qu'il me rendrait enceinte et il a même dit : « Je te zigouillerai ». Mais elle finit par dire que cette dernière phrase n'a peut-être pas été prononcée et qu'en tout cas elle ne s'est jamais crue menacée. « En étant enceinte, dit-elle, je pensais déshonorer mes parents et moi ensuite. D'ailleurs, mon idée était de me tuer après avoir tué mon amant. »

L'inculpée ne paraît pas comprendre toute la gravité de son acte et semble trouver suffisants les motifs qu'elle donne de celui-ci. Un simple retard de règles de 10 à 15 jours suffit pour la convaincre qu'elle est enceinte et pour la pousser à un assassinat et à un suicide. Il y a là une absence de jugement, une légèreté et une rapidité de décision, une diminution du pouvoir de contrôle sur soi-même qui sont tout à fait en harmonie avec la mentalité de l'inculpée et avec la maladie nerveuse dont elle est atteinte.

Mlle H... est, en effet, une épileptique. Depuis l'âge de vingt ans, ainsi que me l'a confirmé son père, elle a des crises convulsives. Celles-ci ont lieu, en général, la nuit et se répètent irrégulièrement. Elle reste quelquefois deux mois sans en avoir et peut présenter deux crises dans la même nuit. Elle paraît avoir de 10 à 15 crises par an. Elles s'accompagnent de symptômes caractéristiques : perte totale de conscience, émission involontaire d'urine, contusions pendant la chute, morsures de la langue, amnésie consécutive. Elles surviennent presque toujours à l'époque des règles.

La dernière crise a eu lieu à Saint-Lazare, le 23 novembre, deux jours après le début des règles et quatre jours après sa tentative d'homicide.

Comme un grand nombre d'épileptiques, Mlle H... présente, indépendamment de ses crises, des troubles de l'intelligence, du caractère et du sens moral. Bien qu'elle soit restée à l'école jusqu'à quinze ans et qu'elle ait eu toutes facilités pour s'instruire, elle n'a pas été capable de passer son certificat d'études. Interrogée sur les notions les plus élémentaires d'histoire et de géographie, elle se montre d'une complète ignorance, à tel point qu'elle ne peut dire de quel pays Napoléon était empereur et qu'elle ne peut nommer qu'un seul fleuve de France : la Seine. Son orthographe est pourtant assez correcte. Elle fait preuve dans son existence d'un manque de jugement, d'une absence de pondération comme le montrent l'acte pour lequel elle est poursuivie et son projet de mariage par

correspondance avec un sous-officier qu'elle n'a jamais vu. Elle est capable de mensonge et de dissimulation, de fourberie, comme il est fréquent de le constater chez les épileptiques et comme elle l'a montré dans la phrase suivante : « En cours de route je n'ai pas cessé d'avoir l'intention de le tuer, mais j'ai été gentille pour lui comme d'habitude. » Enfin elle avoue qu'elle est violente quand quelque chose la contrarie et qu'elle se met en colère pour un rien.

L'examen physique montre un signe important : des traces de morsure de la langue qui sont, pour ainsi dire, la signature des crises convulsives épileptiques.

Les renseignements que m'a donnés M. H... père, confirment ce qui précède. « Ma fille a des crises d'épilepsie depuis au moins 1917. Elle a de mauvais moments pendant lesquels elle devient nerveuse, coléreuse, perd la tête. Elle n'a pas de suite dans les idées. Elle ne sait pas apprécier la valeur du geste. » M. H... a remarqué que ces troubles s'exagèrent au moment des règles et qu'alors elle a même menacé sa mère et sa sœur. Elle a toujours été dissimulée et a toujours passé pour bizarre. Il n'y aurait aucun antécédent héréditaire de maladie mentale.

Observation XII

Le 26 mai 1926, les gardiens de la paix surprennent H..., coupant brusquement avec une paire de ciseaux les cheveux d'une fillette qui allait rentrer à l'école de la rue Rouget-de-l'Isle.

Il déclare d'abord qu'il a jeté les cheveux dans la rue, en se sauvant, mais une fouille fait découvrir la natte dissimulée dans son pantalon. L'inculpé reconnaît tous les faits. « En passant, dit-il, rue Rouget-de-l'Isle, devant les enfants qui rentraient à l'école, j'ai choisi celle qui avait les cheveux les plus longs, une fillette ayant deux nattes dans le dos; je me suis approché par derrière et, sans la frapper ni la bousculer, j'ai pris la natte d'une main et de mon ciseau je l'ai coupée. »

Je me suis ensuite enfui... J'ai agi sous l'empire d'un désir, car j'ai une passion pour les beaux cheveux. Déjà il y a un mois environ, à l'entrée de l'école d'Argenteuil, j'avais coupé les cheveux d'une fillette dans les mêmes conditions et les avais emportés. Ils se trouvent dans le grenier de mon patron.

Au Juge d'instruction, il déclare : « Je ne sais ce qui me pousse à agir ainsi. J'aime à natter les beaux cheveux de femme. »

Examen de l'inculpé

H... Louis, examiné à la Santé, s'exprime avec difficulté et donne l'impression d'un déséquilibré.

Il me raconte qu'il a toujours eu la passion des cheveux et il me donne des détails qui seront confirmés par sa femme et qui expliquent comment il en est venu à couper les cheveux d'une fillette.

Il s'est marié il y a quatre ans avec une veuve qui avait une fille âgée de cinq ans. « J'étais content, dit-il, d'avoir une petite fille qui avait de beaux cheveux. »

Et comme j'insiste pour savoir si cet amour des cheveux se traduisait par certains actes, il m'explique que c'était lui qui faisait les « bigoudis » de sa fille, qui la peignait. Il aimait aussi à lui caresser les cheveux.

Cette passion paraît remonter à son enfance ou à son adolescence. « J'avais, dit-il, l'idée que quand je serais marié j'aurais cette distraction. » Mon plaisir n'est pas de les voir, mais de les toucher et de les natter. Il prenait également plaisir à caresser les cheveux de sa femme et il n'avait de plus grand bonheur que de la peigner. Sa femme m'a confirmé ce détail et m'a appris que pendant les rapports sexuels, il lui saisissait toujours les cheveux.

« Si ma femme se coupait les cheveux, déclare H..., c'est comme si quelqu'un perdait sa fortune. »

Il y a deux ans sa petite fille étant allé à la campagne, chez des parents, ceux-ci lui coupèrent les cheveux à la Jeanne d'Arc. Il en conçut un profond chagrin, mais qui fut avivé un an après lorsque sa femme, sans le prévenir, fit couper les cheveux de la fillette encore beaucoup plus courts. Il y eut une dispute de ménage, et pendant deux jours il « bouda sa femme ».

C'est alors que l'idée lui vint de couper les cheveux d'une fillette, pour pouvoir satisfaire sa passion.

Cette idée se présenta avec les attributs de l'idée obsédante, c'est-à-dire que H... en reconnaissait toute l'absurdité et s'efforçait de lutter. Sa femme s'explique maintenant pourquoi elle le trouvait sombre depuis un mois. Il mangeait à peine, et même il lui est arrivé de manquer son travail. Il lui a dit : « J'ai des idées fixes, mais tu ne peux pas savoir ».

Il acheta des ciseaux dans ce but, et après des hésitations, se décida brusquement en voyant passer une fillette avec une natte dans le dos. Il éprouva une certaine satisfaction consécutive. Cette fois-là, il ne fut pas arrêté. Il mit ces cheveux dans le grenier de son patron et il allait les natter quand il le pouvait.

Mais son bonheur n'était pas encore parfait, car ces cheveux qu'il s'était ainsi procurés n'étaient pas assez longs à son goût. C'est alors qu'il résolut de se procurer des cheveux plus longs et qu'il commit l'acte qui le fit arrêter. Il avait choisi une fillette ayant des cheveux très longs et la natte trouvée sur lui mesurait 63 centimètres.

Il déclare qu'il n'aurait pas recommencé, parce que ces cheveux étaient suffisamment longs (???).

En dehors de cette passion, je n'en trouve aucune autre et H... ne semble, en particulier, s'être adonné à aucune perversion sexuelle. Il aurait même été chaste jusqu'à son mariage.

H... ne paraît avoir aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Il a été à l'école jusqu'à 13 ans et a passé difficilement son

certificat d'études. Puis il a été en apprentissage et a ensuite exercé le métier de menuisier.

Il a été ajourné quatre fois pour faiblesse de constitution et n'a pas fait de service militaire.

Il a été déclaré en faillite il y a quatre ans après avoir tenté avec son frère un commerce de meubles.

Depuis deux ans et demi il est chez le même patron et paraît être un bon ouvrier.

Enfin, d'après ses réponses, mais surtout d'après les renseignements que me donnent sa sœur et sa femme, il serait épileptique.

Il aurait eu des crises dans l'adolescence, puis serait resté assez longtemps sans en avoir. Sa femme ne s'est aperçue qu'il était épileptique que depuis l'année dernière. Entre les mois d'août et novembre 1925, il aurait eu une quinzaine de crises, tombant dans le coma et le stertor après une courte phase de convulsions. Il se serait mordu la langue et son « écume » aurait quelquefois été sanguinolente. Ces crises survenaient la nuit seulement et ne s'accompagnaient pas de perte d'urine.

Il aurait été en observation pendant deux jours à la Salpêtrière et on lui a donné du Gardenal qui aurait eu un bon effet. Parfois, la nuit, il aurait des crises subites de colère, donnant des coups de pied dans les meubles, sans raison et sans pouvoir se maîtriser.

L'examen physique montre qu'il s'agit d'un individu atteint de débilité physique constitutionnelle avec quelques symptômes de dégénérescence, voûte palatine ogivale, oreilles écartées et aplaties, etc... Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux, et l'on ne trouve aucun symptôme de lésion du système nerveux.

Observation XIII

Le nommé L..., 25 ans, est inculpé d'homicide volontaire et de coups et blessures volontaires.

Les faits, après étude du dossier, peuvent être résumés ainsi :

Le 30 novembre 1929, au lieu de rentrer directement chez lui, pour dîner, comme d'habitude, L... s'est attardé à boire dans différents débits de boisson. Il déclare avoir bu une huitaine de verres, qui lui ont fait d'autant plus d'effet qu'il n'avait pas mangé.

Étant descendu du tramway à Noisy-le-Sec, passé minuit, il est allé dans un café, situé, 182, rue de Paris. Il y aurait bu encore 2 ou 3 verres de vin rouge. Dans ce café se trouvaient plusieurs consommateurs dont le sieur C..., que L... avait déjà rencontré plusieurs fois. L... déclare qu'il lui a offert un verre et que sans la moindre provocation de sa part, C... lui a envoyé un violent coup de poing sur son œil gauche (celui qui est infirme).

Le sieur C... déclare, au contraire, que L... « qui était dans un état d'ivresse assez prononcé », l'a pris à partie et l'a empoigné par le veston. « Je me suis dégagé, dit-il, en lui envoyant un coup de poing dans la figure ». Plusieurs témoins confirment que L... a secoué C... par son veston et que celui-ci s'est dégagé en lui portant un coup de poing.

Ce coup de poing, porté à la figure de L..., au niveau de son œil malade, et de sa fracture du crâne, paraît donc bien établi.

Le tenancier du bar fit sortir tous les consommateurs ; quelques instants plus tard, L... frappait C... de deux coups de couteau. Voici ce que déclare la victime : « J'étais à quelques mètres du café, lorsque L... m'a rejoint. Il a sorti son couteau et j'ai jeté sur lui mon pardessus. Il s'en est débarrassé et m'a brusquement porté un coup de couteau à la joue droite. Je suis tombé, puis ai pu me relever et m'enfuir. Il a couru après moi, je me suis évanoui et c'est en reprenant connaissance que je me suis aperçu que j'avais également à l'épaule droite une blessure dont le sang coulait. Je n'ai pas senti ce coup quand il a été porté et ne sais s'il m'a été donné avant ou après mon évanouissement. »

L'inculpé déclare qu'il ne se rappelle pas avoir blessé C... : « J'ai sorti mon couteau, je l'ai ouvert. Mes souvenirs sont imprécis.

J'étais un peu ivre. Je ne me rappelle plus ce qui s'est passé et comment j'ai pu porter des coups de mon arme. »

D'après certains témoins, après avoir blessé C..., L... s'en allait tranquillement en sifflant.

Un des consommateurs, M. B..., apprenant que C... avait été blessé, s'est élancé à la poursuite de L..., qui s'enfuyait et l'a rejoint. Ils ont discuté tous les deux devant un débit de tabac.

Comme d'autres personnes survenaient, L... s'est enfui dans la direction du pont de Bondy, B... le poursuivant pour l'arrêter.

Arrivé vers le pont, au moment où L... allait être rejoint, celui-ci s'est retourné et, de sa main droite, a frappé B... d'un coup de couteau au cœur. B... n'a pu que dire : « les gars ! je suis touché » ; il est mort aussitôt.

L... affirme qu'il ne se souvient nullement avoir frappé B... « Je sais seulement, dit-il, que je me suis sauvé, que des jeunes gens m'ont rattrapé et maintenu et que je me suis débattu. Je me souviens encore que je me suis caché dans un ravin pour échapper à ceux qui me poursuivaient. J'étais peut-être un peu sous l'influence de la boisson. »

L... est ensuite rentré chez lui vers 2 heures du matin. Sa femme déclare : « Il était un peu ivre et m'a dit simplement qu'il s'était battu, mais il ne m'a donné aucun détail. Il s'est mis au lit et s'est endormi aussitôt. Vers 4 heures, on est venu chez nous pour l'arrêter. »

« Je me souviens vaguement m'être sauvé, a déclaré L..., mais tout cela est confus dans ma mémoire, et ce matin j'ai été étonné d'apprendre que j'avais frappé mortellement un autre homme. »

Tels sont les faits qui résultent de l'étude du dossier, des principaux témoignages et des déclarations de l'inculpé.

La plupart des témoins s'accordent pour reconnaître que L... n'était pas ivre à tomber, mais sérieusement pris de boisson.

Un rapport de la police judiciaire est annexé au dossier et établit le *curriculum vitæ* de l'inculpé ; le fait le plus important est un accident très grave qu'il a eu le jour de ses 13 ans, et sur lequel je reviendrai longuement.

L... est représenté comme un faible d'esprit, n'ayant pas plus de conversation et de raisonnement qu'un enfant de 12 ans et se laissant facilement entraîner à la boisson. Il a été vu quelquefois en état d'ivresse.

Un voisin déclare : « Je dois ajouter que je le considère non pas

comme un fou, mais comme un homme ayant quelque chose d'anormal que je ne puis définir. »

Un de ses contremaîtres déclare qu'il n'avait aucun reproche à lui formuler sur sa conduite, sa moralité ou son travail, mais qu'il fallait connaître son caractère et éviter de le contrarier, car il était d'un tempérament violent.

Un autre ouvrier confirme qu'il était prompt à l'emportement. Enfin on signale que le grave accident qu'il a eu lui aurait laissé un certain manque de mémoire.

Examen de l'inculpé

J'ai examiné l'inculpé à cinq reprises différentes à la prison de la Santé. Il s'est toujours présenté très correctement et s'est prêté de bonne grâce à l'examen. Il a parfaitement compris le but de ma mission et il n'a jamais cherché à se faire passer pour fou ou à simuler une maladie mentale. Il n'a jamais varié dans ses déclarations.

A chacun de mes examens, il a toujours déclaré, avec toutes les apparences de la sincérité, qu'il ne se rappelait aucunement avoir blessé un homme et en avoir tué un autre. « Que ma femme et mon enfant meurent immédiatement, m'a-t-il plusieurs fois répété, si je me rappelle avoir tué un homme ! »

Non seulement il n'a pas simulé de maladie mentale, mais il ne m'a mis spontanément au courant de certains faits qui m'ont permis de diagnostiquer un état épileptique et que seul l'examen systématique m'a révélé.

Je montrerai plus tard qu'à la suite de son grave accident, L... a présenté des accidents épileptiques et accompli des actes tout à fait inconscients.

Il est donc de la plus haute importance d'analyser minutieusement les faits qui ont précédé, accompagné et suivi son homicide, pour savoir si ceux-ci ont été accomplis dans un état d'inconscience totale ou relative, ou au contraire avec une parfaite lucidité.

Un premier fait paraît établi, c'est que L... était pris de boisson dans une certaine mesure. Il s'était attardé dans plusieurs débits de boisson et avait bu un certain nombre de verres de vin. Peut-être huit ou plus.

« Après la paye, me dit-il, je suis allé avec un copain. Je suis allé dans plusieurs bistros. J'ai bu du vin rouge. Peut-être une

dizaine de verres. J'étais un peu saoul, un peu ivre, mais je marchais droit. »

C'est ce que confirme plusieurs témoins.

• Interrogé sur les faits qui se sont déroulés au café de la rue de Paris, il déclare : « Je suis descendu du tramway, rue de Paris, à Noisy-le-Sec. Je suis rentré au bistro. J'ai bu un verre. C... entre et je lui dis : « C'est ma tournée, tu veux un verre. » Je n'ai cherché aucune dispute. C'est lui qui m'a donné un coup de poing sur mon œil malade. Ça m'a fait saigner du nez et ça m'a fait mal à ma fracture. Ça m'a fait tourner la tête. C... m'a dit qu'on allait s'expliquer dehors. Moi je ne voulais pas et je voulais chercher à partir par une autre porte, mais le patron m'a fait sortir. »

Ce récit ne diffère que sur un point des dépositions de la victime et des témoins, qui disent que L... a pris C... à partie en l'empoignant par le veston. Quoi qu'il en soit, les souvenirs de cet épisode sont conservés d'une façon à peu près normale et tels qu'ils peuvent l'être chez un sujet légèrement pris de boisson. Il n'y a donc pas eu inconscience à ce moment.

C'est seulement après sa sortie du débit de boisson que L... déclare n'avoir que de vagues souvenirs.

« A partir de ce moment je ne me rappelle plus exactement ce qui s'est passé. Je ne me rappelle pas si j'ai sorti mon couteau et comment je m'en suis servi. »

Or, ayant interrogé patiemment et à plusieurs reprises l'inculpé, j'ai pu me rendre compte qu'un assez grand nombre de souvenirs étaient conservés.

Je me rappelle que C... avait sa main dans la poche, son pardessus sur le bras gauche et m'a dit : « Viens un peu plus loin. »

L... maintient ensuite qu'il ne se rappelle pas avoir frappé C... Mais aussitôt après il se souvient avoir été rejoint par un jeune homme, B..., qui lui aurait dit : « Donne de l'argent pour payer le pansement de C... » J'en ai vu d'autres, dit L... qui venaient en courant, 5 ou 6 au moins. Alors je me suis sauvé en les voyant arriver, en me disant ils vont me foute des coups. Il y en a un qui m'a rejoint (celui qui m'avait parlé devant le bureau de tabac). Les autres ont crié : « Tiens-le bon ». Il me tenait par le paletot. J'ai encore reçu un coup de poing dans la tempe. Je me suis dégagé, mais je ne me rappelle pas du tout comment j'ai pu donner un coup de couteau.

Donc, dans cet épisode, la plupart des souvenirs sont conservés

d'une façon suffisante, sauf les coups de couteau que l'inculpé déclare ne pas se rappeler.

Il se rappelle également s'être débarrassé de ses sabots au cours de sa fuite, en les jetant du pied, mais sans pouvoir préciser à quel moment et à quel endroit.

Ensuite il donne encore une description très précise. « Puis, dans la rue à gauche, pas celle qui va tout droit, je me suis caché dans un fossé où il y a des jardins en contre-bas. J'ai attendu qu'ils soient partis. Quand je n'ai plus entendu de bruit, je suis remonté, j'ai regardé et j'ai vu qu'il n'y avait plus personne. Je suis rentré chez nous et puis je me suis couché. »

Comme on le voit, un grand nombre de souvenirs persistent, quelques-uns même avec une assez grande précision.

Cette analyse est très importante et permet de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'un épisode inconscient, suivi d'amnésie, comme cela peut se voir dans les « équivalents psychiques » de l'épilepsie.

Il est possible néanmoins que certains faits aient été plus ou moins inconscients, n'aient laissé que peu de traces ou aucune trace dans les souvenirs, mais il s'agirait alors d'une obnubilation intellectuelle beaucoup moins profonde et beaucoup moins complète que celle qu'on observe dans les équivalents épileptiques.

Enfin il est à remarquer que, rentré chez lui, L... reconnaît s'être battu, mais ne donne aucune explication à sa femme. Il se couche et ne tarde pas à s'endormir.

Il affirme que lorsque les policiers sont venus l'arrêter, il a été surpris d'apprendre qu'il avait tué un homme.

Le *curriculum vitæ* de L... serait le suivant :

L... est né le 12 septembre 1904 à Gransac. Mme L... mère s'est séparée de son époux vers 1909, quittant l'Aveyron pour venir s'installer à Bobigny avec ses deux enfants, l'inculpé et sa sœur. L... a fréquenté l'école primaire. D'après les renseignements, il avait une bonne conduite, était peu intelligent, peu instruit, mais fréquentait régulièrement la classe.

Le jour même de ses 13 ans, étant apprenti cimentier, il a fait une chute de plusieurs mètres de hauteur, au cours de son travail, ce qui lui aurait occasionné une fracture de la base du crâne et des deux poignets. Rétabli après quelques mois de convalescence, les blessures de L... lui ont laissé des troubles nerveux et psychiques sur lesquels je reviendrai.

Il a été exempté du service militaire à cause des infirmités

résultant de sa fracture du crâne : diplopie, ophtalmoplégie interne et externe, surdité gauche, fracture du crâne, lésions constituées n'évoluant plus.

Après quatre ans de vie commune avec Juliette L..., il l'a épousée le 21 décembre 1927. Un enfant était né en février 1929.

Ayant étudié les actes reprochés à L... et son *curriculum vilæ*, il nous reste à l'examiner au point de vue médical. Les résultats de l'examen de l'inculpé ont été complétés par les renseignements que m'ont fournis la femme et sa mère, qui ont bien voulu se rendre à ma convocation.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET ACCIDENTS COLLATÉRAUX

Son père est signalé par Mme L... mère comme ayant été un alcoolique chronique et un individu un peu déséquilibré, « luna-tique ». Mme L... mère a eu des crises d'éclampsie en mettant son fils Henri au monde. Elle avait de l'albuminurie. Puis elle a eu 2 filles. Elles ont eu toutes les deux des convulsions dans l'enfance et l'une d'entre elles en a même présenté avant sa puberté, vers 11 ans. Cette dernière a un garçon qui a également des convulsions.

L'autre sœur est venue au monde avec une main en moins (ectromélie). Elle est morte de broncho-pneumonie.

Il y a donc dans la famille de l'inculpé des tares nerveuses extrêmement importantes : père alcoolique, convulsions chez la mère pendant la grossesse, chez les deux sœurs, chez le fils d'une de celles-ci. Dystrophie très grave chez une de ses sœurs (absence d'une main).

L'inculpé est né à terme, a eu un développement normal (au point de vue dentition, marche, parole, etc...), mais a eu des convulsions à 6 mois et à 2 ans et demi. Ces convulsions étaient de nature épileptique, car elles s'accompagnaient de révulsion des yeux, de raideur, d'insensibilité, de perte de mémoire, d'émission d'urines. A cette époque, le médecin a ordonné du bromure.

A l'âge de 13 ans, le 12 septembre 1917, il est tombé d'une hauteur de 6 à 7 mètres et a été l'objet d'expertises du Dr C..., dont j'ai pris connaissance. Il a été soigné à l'hôpital Beaujon.

Cet accident a occasionné des blessures extrêmement graves.

Il a eu une fracture des deux poignets. Celles-ci sont actuellement bien consolidées, mais il persiste à droite une légère limitation des mouvements d'extension de la main. Mais surtout il y a eu une fracture du crâne intéressant, comme on peut le constater encore aujourd'hui, la base et la voûte sur une grande étendue.

L'examen du crâne révèle actuellement une forte dépression osseuse en forme de gouttière, partant de l'arcade sourcillière gauche et allant se perdre dans la région pariétale gauche. Mais cette fracture intéresse également la base du crâne, et les symptômes nerveux permettent d'en préciser le trajet. Elle s'étend à la paroi supérieure de l'orbite, passe par la fente sphénoïdale (où elle a lésé le nerf moteur oculaire commun). Il y a également lésion du rocher comme le prouve la surdité gauche labyrinthique.

Bref, fracture énorme du crâne.

Malgré l'étendue **extrême** de cette fracture, L... a pu en réchapper au point de vue vital, mais il en a conservé des troubles physiques et des troubles psychiques.

Il présente actuellement une paralysie oculaire totale du moteur oculaire commun gauche se caractérisant :

1° par la chute et la paralysie de la paupière (ptosie) ;

2° par la paralysie complète des mouvements d'élévation, d'abaissement et d'adduction du globe oculaire ;

3° par la paralysie des muscles internes de l'œil : dilatation pupillaire avec abolition des réflexes pupillaires.

La vision est conservée, mais faiblement. Elle est très gênée par la chute de la paupière et par la paralysie des muscles moteurs qui entraîne la diplopie. Pratiquement, L... se comporte comme un borgne et ne se sert aucunement de l'œil paralysé.

La surdité du côté gauche est complète et définitive. Pendant des années il y a eu une otite moyenne suppurée chronique. Actuellement l'otite est sèche, sans suppuration, mais il se produirait par périodes des réchauffements. Son infirmité est évaluée à un taux de 50, puis 35 0/0, en tenant compte uniquement des troubles oculaires et auditifs. Cette évaluation paraît beaucoup trop faible. L'expert avait constaté des troubles de la mémoire, mais n'a pas signalé les autres troubles psychiques dont il paraît n'avoir pas eu connaissance, ou qui n'existaient pas encore.

Par contre, conformément à l'expertise de 1918, je n'ai constaté aucun trouble neurologique de la motilité, de la sensibilité, de l'équilibre, de la coordination.

Ainsi donc, une fracture du crâne très grave est survenue chez un sujet qui appartient à une famille dont tous les membres ont présenté des convulsions et qui en a eu lui-même dans l'enfance.

Il était donc indispensable de rechercher des accidents épileptiques.

J'ajoute que l'épilepsie, non seulement n'a pas été invoquée spontanément par l'inculpé, sa mère et sa femme, mais qu'elle était méconnue.

D'autre part, il y a une parfaite concordance entre les dires de l'inculpé, de sa mère et de sa femme qui ont été interrogés séparément.

Toute supercherie est donc impossible, et l'on ne saurait mettre en doute la bonne foi de l'inculpé et de sa famille.

Interrogé sur l'existence possible de crises convulsives, L... se rappelle seulement qu'il y a 7 ou 8 ans, il a perdu connaissance dans le métro et qu'il a été ramené chez sa mère. Celle-ci me confirme le fait.

Mais l'épilepsie peut se manifester par d'autres troubles que les convulsions, notamment par les absences, les vertiges, la perte involontaire et nocturne des urines, des actes coordonnés et inconscients.

Or L... présente tous ces symptômes, de la forme la plus nette, d'absence épileptique et une suspension momentanée de la conscience. Voici la description qu'en donne l'inculpé : « Il y a des moments où je ne me sens pas, où je ne sais pas où je peux me trouver. Je ne sais pas si je suis comme mort ou comme vivant... Ça me fait comme si on allait mourir... comme s'il n'y avait personne autour de soi. On dirait qu'on s'en va... qu'on ne se sent plus... Ça durait quelques minutes et puis ça se passait... Ça me faisait cela souvent. Quelquefois deux fois dans la même journée. J'attendais que ça se passe, et puis ensuite je me remettais à travailler... Parfois je restais un mois sans en avoir. »

On ne peut imaginer une description plus démonstrative.

Parfois cet état s'accompagnait de vertiges avec éblouissements et phosphènes.

Plusieurs fois L... a uriné au lit sans s'en apercevoir. Il s'en rendait compte le matin, parce que le lit était mouillé, ou parce que sa femme lui disait qu'il avait pissé au lit.

Sa femme m'a confirmé ce fait, en riant, sans y attacher d'importance et sans aucunement comprendre la valeur de ce symptôme.

Enfin L... a présenté des actes plus compliqués, plus coordonnés et tout à fait inconscients.

Il n'en a conservé personnellement aucun souvenir, mais il se rappelle que sa femme lui a dit que plusieurs fois il s'était levé la nuit et avait fait des actes étranges, puis qu'il s'était recouché.

Voici les déclarations de sa femme : « Il y a à peu près six mois, nous étions couchés, il s'est levé et il a pissé sur son pantalon qui était sur une chaise. Il s'est recouché. Le lendemain, quand il s'est réveillé, je le lui ai dit et il ne se rappelait pas. Il avait l'air très étonné.

Une autre fois, il y a un an, il s'était levé, il avait relevé le rond du poêle et il a pissé dans le poêle. Il ne se rappelait rien le lendemain.

Une autre fois, il y a environ un an et demi, il s'est levé, il a reculé la table et il a uriné sur la toile cirée.

Quand il fait ces choses-là, il a l'air abruti, il ne dit rien et ne répond pas quand je lui cause.

De même sa mère, interrogée isolément, m'a relaté des faits identiques. Plusieurs fois, il a uriné dans la chambre, disant le lendemain que ce n'était pas vrai. Une fois, elle l'a vu enfiler sa veste comme pantalon. Le lendemain il ne se rappelait pas.

La femme et la mère de L... sont d'accord pour reconnaître qu'il est d'intelligence médiocre. « Il a, dit sa mère, un raisonnement comme un enfant de 15 ans. »

Sa femme déclare qu'il a un cœur excellent, qu'il est bon mari et excellent père. Il est doux et affectueux avec son enfant et lui fait souvent des cadeaux.

Elles sont également d'accord pour dire qu'en général il ne boit pas. Dans l'ordinaire de la vie, il boit en mangeant du café avec de l'eau.

Par contre, il lui arrive quelquefois de s'enivrer lorsqu'il est entraîné par un camarade. Il ne lui en faut pas beaucoup, disent-elles, pour être saoul. Il supporte très mal la boisson. « Trois ou quatre verres et il est retourné. »

Elles n'ont pas constaté qu'il fût irritable et d'un tempérament violent. Pourtant il est signalé comme tel par un contremaître et par un ouvrier. L'un d'eux disait qu'il était « prompt à l'emportement ». Or, l'impulsivité est un des traits de caractère habituels aux épileptiques.

En plus des faits qui sont signalés plus haut, L... a contracté

la syphilis. Il a constaté un chancre il y a 3 ans environ. Ultérieurement, il s'est fait soigner très régulièrement à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Les dernières prises de sang auraient indiqué une réaction de Wassermann négative. Cette syphilis ne s'accompagne d'aucun symptôme clinique actuellement constatable et son rôle apparaît comme nul au point de vue de la responsabilité pénale de l'inculpé.

L'examen psychiatrique ne révèle aucun symptôme d'aliénation, de délire, de démence, de confusion mentale. L... présente un certain degré de débilité intellectuelle, mais qui par elle-même ne saurait modifier sa responsabilité en ce qui concerne les faits dont il est inculpé. D'après les renseignements de police, d'après ceux que j'ai recueillis auprès de sa mère et de sa femme, d'après l'examen direct, L... ne se présente pas comme un pervers, un être malfaisant ou antisocial. Il serait, au contraire, un bon ouvrier, un bon mari et un excellent père. De caractère habituellement doux, il serait sujet quelquefois à des emportements subits.

Observation XIV

Le 17 décembre 1930, le nommé L... qui travaillait dans un chantier et qui venait d'être congédié, après avoir failli blesser un camarade, a voulu sauter sur le Directeur du chantier.

Ses camarades de travail étant intervenus, il a retourné sa fureur contre eux et en a blessé quatre, soit à coups de poing ou de pied, soit avec une barre de fer.

« Mes camarades, a-t-il dit, me reprochaient de ne pas avoir travaillé. Ils disaient que j'étais incapable de porter une barre de fer. Alors, moi, j'en ai pris une et j'ai tapé sur l'un de mes camarades. Tous les autres m'ont entouré et je me suis débattu à coups de pied et de poing. »

Les renseignements sur le compte de l'inculpé sont défavorables et il est signalé comme travaillant irrégulièrement.

Casier judiciaire néant.

Examen de l'inculpé

Le surveillant de la Santé me prévient que l'inculpé est dans un état d'agitation extrême, qu'il a tout cassé dans sa cellule, et qu'il faudra plusieurs gardiens pour le maintenir pendant mon examen.

Je vois arriver un individu complètement nu dans une camisole de force aux trois quarts déchirée. Ses membres inférieurs, ses organes génitaux, son ventre, sa poitrine sont à nu. Il a une expression à la fois hagarde et furieuse. Il est couvert de traces de contusions et d'ecchymoses. Ses cheveux sont hirsutes, une légère bave visqueuse s'écoule de ses lèvres.

Pendant mon examen, il est relativement calme et ne commet aucun acte de violence. Il répond même un peu aux questions, mais d'une façon décousue.

Un interrogatoire « en règle » est naturellement impossible.

Néanmoins, j'ai pu obtenir quelques réponses qui ont une grande importance pour le diagnostic.

Il paraît se rappeler la dispute qu'il a eue avec ses camarades

et son agression à leur égard, mais il ne se livre à aucun commentaire.

En réponse à plusieurs questions, je finis par apprendre qu'il est sujet à des crises d'épilepsie et qu'on lui a ordonné du Gardenal.

L'examen révèle que l'inculpé est encore dans un état de confusion mentale, il ne sait depuis quand il est à la Santé.

L'interrogatoire devient tout à fait impossible, l'inculpé commençant à s'agiter de nouveau et ne répondant plus aux questions. Un examen physique, difficile à cause de l'agitation, montre néanmoins que les réflexes pupillaires et tendineux sont normaux.

Observation XV

Le jeune Albert P... a été arrêté, le 24 octobre 1928, chez ses parents, à Blanc-Mesnil.

Une plainte avait été déposée au commissariat par Mme S..., signalant qu'une petite maison qu'elle possède avait été visitée par des cambrioleurs qui avaient emporté de la vaisselle et différents objets de cuisine.

Après enquête et surveillance, les soupçons se portèrent sur le jeune P...

La mère de celui-ci avait déclaré qu'effectivement et à son insu il avait dérobé et caché dans un champ les objets volés. Elle avait ordonné à son fils de remettre les objets en place, ce qui a été fait.

Le petit P... avait renversé une barrière et cassé un carreau. Il avait emporté un sucrier, deux saladiers, un pot-au-feu, un garde-manger, un vase, un réveille-matin. Il déclare qu'il ne sait pas pourquoi il a fait cela. « Je n'étais pas en classe, dit-il. On m'a refusé parce que j'avais des crises nerveuses. »

La mère déclare : « C'est un faible d'esprit. Chaque jour, il est pris de violentes crises d'épilepsie. J'ai 9 enfants vivants et j'en ai élevé 14. Je demande qu'il me soit laissé. Les renseignements sont les suivants. Enfant légitime, sait un peu lire et écrire. Destiné à l'état de tailleur. Depuis un an, sujet à des crises d'épilepsie. Caractère doux. Bonnes fréquentations avec enfants de son âge. Susceptible d'amendement. Après une crise, reste hébété toute la journée.

Les parents offrent des garanties suffisantes et demandent que l'enfant leur soit confié.

Examen de l'inculpé

Je me suis rendu à Gonesse, à l'hôpital où se trouve le jeune inculpé.

J'ai trouvé celui-ci maintenu par des liens, lui prenant la taille,

les chevilles et les poignets et le fixant étroitement à un petit fauteuil en bois.

Cette mesure (très fâcheuse au point de vue médical) avait été prise pour la sécurité de l'enfant. Celui-ci venait quelques instants auparavant d'avoir une violente crise d'épilepsie, suivie d'actes désordonnés.

Le personnel de l'hôpital, religieux et civil, m'a donné de précieux renseignements. Albert reste quelquefois 4 ou 5 jours sans avoir de crises. Parfois il en a plusieurs dans la même journée. Ces crises consistent, d'une part, en convulsions épileptiques typique, avec perte complète de conscience, bave, morsures de la langues émission involontaire d'urines. Le petit malheureux porte au visage des traces de brûlures récentes dues à une chute contre un poêle, pendant une crise. Il s'est également blessé au visage en tombant dans le jardin. C'est dire qu'il a des crises graves.

Parfois la crise est remplacée ou précédée par des équivalents. Il se livre à des actes désordonnés, il s'enroule dans ses couvertures, bondit à travers la salle, saute sur les lits. Il est certain que pendant ces périodes, il pourrait commettre des actes dangereux pour lui-même ou pour autrui.

Ces crises sont suivies d'une assez longue période d'obtusion. C'est dans un de ces moments-là que j'ai examiné le petit malade. Il était complètement hébété. C'est seulement en insistant beaucoup et en répétant plusieurs fois la même question que j'ai pu obtenir quelques réponses. J'ai pu lui faire lire, mais avec une prodigieuse lenteur, le titre d'un journal. Ensuite, à toutes les questions, il répondait par le nom de ce journal.

Il n'a pu naturellement me donner aucun détail sur le vol qu'il a commis et dont on ne s'explique pas très bien les motifs. Je n'ai pu, non plus, étudier son degré d'instruction et son niveau intellectuel. Mais cela n'a pas la moindre importance au point de vue pratique, car il est indispensable de soigner cet enfant dans un service approprié. Au point de vue physique je n'ai pas constaté de symptômes objectifs de lésion du système nerveux.

Observation XVI

Le 9 mars 1927, Mme D... Maria, employée au dépôt Maggi, aux Lilas, a été assaillie par un individu qui n'est autre que M... Gustave. Celui-ci a tenté de lui arracher son sac, puis comme Mme D... résistait, il l'a frappée au visage et l'a renversée dans le ruisseau. Il a réussi alors à prendre le sac et à s'enfuir. Ce sac contenait 15.000 fr., provenant de la recette du dépôt Maggi, dont Mme D... est gérante. Mme D... ayant crié au secours, des passants se sont mis à la poursuite du voleur et l'ont rejoint. Une lutte s'est engagée au cours de laquelle M... a abandonné le sac, qui a été rapporté à la victime de cette agression.

Mais à un moment donné un individu s'est interposé pour faciliter la fuite du voleur, qui a pu ainsi s'échapper.

Mais, par suite, les soupçons s'étant portés sur lui, il a été arrêté à son domicile et a avoué.

Il a d'abord déclaré qu'il avait été poussé par son frère, puis il a invoqué comme excuse : la misère, le chômage, la maladie de sa femme, la nécessité d'élever son enfant.

La préméditation est avouée, ainsi que cela résulte de la phrase suivante : « D'accord avec mon frère, nous avons convenu de guetter et d'attendre la gérante de la laiterie Maggi pour la dévaliser ».

L'expertise mentale est ordonnée à la demande de la défense qui fait valoir que l'inculpé a eu à 12 ans un accident qui lui a fait perdre ses facultés, au point d'avoir perdu toute instruction et de ne plus savoir ni lire ni écrire.

Un certificat du 26 juin 1926 du Dr N... constate qu'il a été atteint de troubles mentaux caractérisés par des impulsions, des idées délirantes et de l'excitation cérébrale.

Une lettre que m'a adressée la mère de l'inculpé — que j'avais convoquée et qui n'a pu se rendre à ma convocation — confirme l'accident survenu en 1911 et la perte complète de l'instruction qui l'a suivi. De plus, cette lettre mentionne qu'il a été passible du conseil de guerre pour voies de fait sur un supérieur, mais qu'ayant été en observation à l'hôpital, il a été déclaré irresponsable pour épilepsie.

Elle-même déclare avoir assisté à des crises d'épilepsie pendant

lesquelles on est obligé, écrit-elle, de l'attacher avec un cordage et de le tenir à 4 ou 5.

Examen de l'inculpé

J'ai tout d'abord interrogé l'inculpé sur le vol qu'il a tenté de commettre pour voir si celui-ci présentait, en quelque façon que ce soit, un rapport avec l'épilepsie.

De ce qu'il m'a dit et de ce que j'ai trouvé au dossier, il résulte que le vol a été prémédité et qu'il avait un mobile indiscutablement utilitaire. Il a, de plus, été accompli avec une entière conscience et une parfaite conservation des souvenirs. Tous ces caractères éliminent d'une façon absolue la responsabilité du « vol épileptique ».

Tout au plus peut-on admettre que l'épilepsie a joué un rôle indirect en étant une cause de misère, par la difficulté où elle met ceux qui en sont atteints d'exercer un travail régulier. M... n'a pas, en effet, de métier bien défini. Il a été tour à tour emballleur, manœuvre, ouvrier dans une fabrique de cuirs. En dernier lieu il travaillait chez son père, qui est fabricant de sacs, et gagnait 200 fr. par semaine. Mais il y a eu du chômage et il ne travaillait plus depuis quelque temps.

Aussi n'avait-il plus d'argent et était-il dans la misère.

Il vit maritalement avec une femme qui ne travaille pas, car elle est malade. Ils ont un enfant âgé de 4 ans.

C'est parce qu'ils n'avaient plus de ressources, que lui et son frère ont décidé d'attaquer et de dévaliser la gérante de la laiterie Maggi.

En plus du non-lieu dont il a bénéficié pendant son service militaire, il a eu deux condamnations.

En octobre 1921 pour vol, violences, coups, voies de fait, bris de clôture, à 6 mois de prison. En juin 1926, pour outrages à agent, à 15 jours.

La description qu'il donne de ses crises est tout à fait conforme à ce qu'on observe. Il tombe n'importe où, même sur la voie publique, et n'a plus aucune conscience de ce qui se passe. Il se réveille au bout de quelque temps, obnubilé, ahuri, portant parfois des meurtrissures dues à sa chute ou à ses convulsions, et constatant qu'il a uriné dans son pantalon.

En plus de ces crises convulsives, il aurait des « absences et

des vertiges » dont la nature épileptique est presque certaine et qui s'accompagnent de céphalées, de bourdonnements, d'obnubilation et parfois de somnambulisme.

L'inculpé déclare n'avoir consulté le médecin qu'une fois. Enfin, M... confirme qu'il a eu un accident de voiture en 1911, alors qu'il était âgé de 12 ans. Il aurait eu une fracture de trois côtes. A la suite de cet accident il a oublié tout ce qu'il avait appris et n'a pu fournir l'effort de recommencer son instruction, de telle sorte qu'aujourd'hui il est totalement illettré.

Il reconnaît quelques lettres, mais ne peut lire. Il peut écrire son nom, mais rien d'autre. Son ignorance est totale pour toutes les autres matières, et s'il peut dire combien font deux fois deux, il ne peut dire combien font deux fois trois.

Cette ignorance ne paraît aucunement simulée et est d'ailleurs attestée par sa mère.

M... était-il débile mental avant son accident? cela n'est pas probable. Mais actuellement il a l'attitude, le faciès, les réponses, le manque d'instruction d'un débile. En dehors de cet état d'arriération secondaire à un accident et de son épilepsie, M... ne présente aucune autre maladie mentale, ni délire, ni démence, ni alcoolisme, etc.

L'examen physique ne montre aucun signe de lésion organique du système nerveux, et tous les réflexes sont normaux.

Observation XVII

Le 10 avril 1930, le nommé M... a tenté de se suicider en se tirant une balle de revolver dans l'oreille droite.

Il a été conduit sans connaissance à l'hôpital Tenon.

Mais auparavant il avait tiré plusieurs coups de feu sur sa femme, sans l'atteindre.

Mme M... déclare que son mari est malade depuis plusieurs années, étant épileptique et paludéen.

Depuis plusieurs jours, il était triste et avait manifesté l'intention de se suicider.

Le 10 avril, il était rentré en état de légère ébriété, et sa femme lui avait reproché sa conduite. Après avoir dîné avec elle, il est sorti et a pris son revolver. Puis il est revenu à 22 heures. Il était exalté et avait les yeux hagards. Une petite discussion s'engagea, sa femme lui reprochant de boire et de n'être pas raisonnable.

C'est alors qu'il a tiré plusieurs coups de revolver dans sa direction, mais sans l'atteindre.

Sa femme est alors tombée par terre à cause de la peur.

Interrogé sur ces faits, après être sorti du coma, l'inculpé a reconnu qu'il avait tiré 3 ou 4 balles sur sa femme, à la suite d'une dispute, pour lui faire peur, sans intention de la tuer. J'ai tiré sur moi dans un accès de fièvre. J'étais à moitié fou et je ne savais pas ce que je faisais.

Examen de l'inculpé

Examiné à la Santé, M... se présente comme un homme très mutilé physiquement par la blessure qu'il s'est faite et très déprimé moralement.

Interrogé sur les faits qui lui sont reprochés, il raconte ce qui suit :

« J'avais travaillé comme maçon toute la journée et j'étais rentré vers six heures du soir avec un compagnon. Nous avons bu à nous deux trois à quatre litres de vin. J'étais « parti » quand je suis rentré

chez moi. Ma femme m'a dit que j'avais tort de boire avec la maladie que j'avais. J'ai dîné avec elle et avec mon compagnon. Je me suis disputé avec ma femme. Je l'ai envoyée promener. Je me suis mis en colère.

« Alors je suis sorti, j'ai encore bu un verre avec mon compagnon et je suis rentré à la maison. Ma femme m'a encore reproché de boire et nous nous sommes disputés.

« Ensuite je ne me rappelle rien de ce qui s'est passé. Je ne me rappelle pas avoir tiré les trois coups de revolver. Le commissaire a même dit que j'avais lancé un poignard sur ma femme. »

Après avoir fait ces déclarations, l'inculpé ajoute : « J'aime mieux vous dire la vérité. Je me rappelle avoir tiré sur ma femme, après lui avoir donné une petite gifle. De colère, j'ai jeté le poignard par terre. Je n'avais aucunement l'intention de tuer ou de blesser ma femme et je regrette énormément ce que j'ai fait. Comme elle s'était couchée par terre, j'ai eu peur. La tête m'a tourné et je me suis tiré un coup de revolver. »

De ce récit, il résulte qu'il ne s'agit pas d'un acte inconscient et amnésique, puisqu'il a été suivi de souvenirs assez précis. C'est cependant un acte en partie pathologique dû à un accès de colère chez un épileptique alcoolique.

M... est né le 29 mars 1904. Il ne présente pas d'antécédents héréditaires au point de vue nerveux, tout au moins à sa connaissance.

Il a été à l'école jusqu'à 14 ans, mais n'a pas passé son certificat d'études.

Ensuite il a travaillé de droite et de gauche, au hasard des circonstances, mais ne pouvant rester longtemps dans les mêmes places à cause de ses crises d'épilepsie qui le faisaient impitoyablement renvoyer de partout, comme cela est l'usage pour les épileptiques. « Malheureusement, dit-il, j'ai toujours été renvoyé à cause de mes crises. J'ai du mal à trouver du travail. On ne me garde nulle part. »

Il y a quelques mois il avait travaillé comme graisseur de machines aux usines Lebaudy. Mais on l'a renvoyé à cause de ses crises qui étaient dangereuses à cause de la proximité des machines.

Depuis quelques jours il exerçait le métier de maçon qui ne lui convient nullement, car il risque de se tuer s'il tombe d'un échafaudage.

Malgré ses crises il a pu faire son service militaire. « On m'aurait

réformé, dit-il, si j'avais eu une crise juste devant le major, mais comme il n'était pas là au moment de mes crises on ne m'a pas réformé et on me prenait pour un fumiste. »

Cette épilepsie daterait de l'enfance et ne paraît relever d'aucune cause décelable. Il avait déjà des crises, dit-il, à l'école.

Vers l'âge de 18 ans, elles étaient très fréquentes, à peu près tous les deux jours.

A la Salpêtrière, on lui a donné du bromure qui n'a pas eu de résultats.

A la Pitié on l'a mis au Gardenal qui a donné un excellent résultat, puisqu'il serait resté trois mois sans tomber. Mais cet effet heureux ne s'est pas maintenu et les crises sont devenues assez fréquentes.

D'après la description qu'il donne il s'agit de crises convulsives typiques. Elles surviennent n'importe où et il n'en garde aucun souvenir.

Il se serait blessé très souvent et j'ai noté plusieurs cicatrices sur le visage, au front, au nez, au menton qui seraient la conséquence de ses chutes. Il est même, dit-il, tombé une fois sous une voiture.

En plus de ces crises convulsives, il présenterait des vertiges épileptiques. « C'est comme si j'allais me trouver mal, dit-il, j'ai comme un voile. C'est un passage, ça ne dure qu'un instant. »

Il ne paraît pas avoir présenté d'équivalents psychiques.

En plus de ces accidents paroxystiques, M... est très impulsif, très coléreux comme le sont la plupart de ces malades.

Mais ce qui aggrave cette maladie et continue à l'entretenir, ce sont les excès d'alcool auxquels se livre l'inculpé.

Cet homme, qui ne devrait jamais boire une goutte de vin ou d'alcool, boit un litre de vin par jour, deux cafés avec du rhum, et prend quelquefois des apéritifs. En plus de cette ration quotidienne, il s'enivre de temps en temps.

Physiquement, M... présente des symptômes qui sont la conséquence du coup de revolver qu'il s'est tiré dans l'oreille droite. Il paraît atteint de surdité complète de ce côté et il y a une suppuration abondante par le conduit auditif.

Il présente en second lieu une paralysie complète du nerf facial par atteinte de ce nerf dans sa traversée du rocher.

Enfin il présente des troubles oculaires consécutifs à la lésion

du nerf trijumeau (branche ophtalmique). Sur un bulletin de l'hôpital Tenon on trouve les indications suivantes :

Paralysie de la 6^e et 7^e paires.

Balle de revolver dans le rocher.

Ulcération paracentrale de la cornée.

Anesthésie par paralysie de l'ophtalmique.

Œil droit, vision : 0/1.

Œil gauche, vision : 0/9.

A l'hôpital Tenon, on a pratiqué la suture des paupières.

En dehors de ces symptômes, M... ne présente aucun signe de lésion organique du système nerveux central.

Les réflexes sont normaux. La pupille gauche est normale.

Observation XVIII

Le nommé A... a été arrêté pour plusieurs vols à l'esbroufe. Le 7 octobre, à 0 h. 30, place De Rungis, une dame a été attaquée par cet individu au moment où elle arrivait à la porte de son domicile, et après l'avoir suivie quelque temps. Il a bousculé cette dame et a tâché de lui prendre son sac à main sans y parvenir, car la dame attaquée s'était défendue et avait crié.

Au moment même où cette dame racontait son aventure à un agent, des cris de « au voleur, au secours » se firent entendre. Puis on prévint l'agent qu'un vol de réticule venait d'être commis. Après une poursuite mouvementée, l'individu put être arrêté.

Il a reconnu les faits qui lui étaient reprochés.

De plus, il a avoué avoir commis une autre agression huit jours auparavant et avoir dérobé un sac à main. Celui-ci a été retrouvé chez lui au cours d'une perquisition.

A... a déjà eu plusieurs condamnations : un an de prison à Amiens en avril 1925 pour vol ; 5 mois à Taza par le Conseil de guerre en 1927 pour outrage à supérieur.

Au cours de son arrestation, A... a eu une hémoptysie et a été transporté à l'hôpital.

Le Dr Paul, ayant été chargé de l'examiner, a conclu qu'il n'a relevé aucun symptôme d'une affection médicale de nature à vraiment s'aggraver du fait de sa détention. Puis il ajoute : A... allègue, en outre, des troubles nerveux dont l'interprétation dépasse notre compétence.

Dans le cabinet même du Juge d'instruction, A... a eu une crise convulsive dont la nature épileptique ne paraît pas douteuse, et qui s'est accompagnée d'écoulement d'un filet de sang par la bouche, signe presque caractéristique. Cette crise ne paraît donc aucunement simulée.

Examen de l'inculpé

Examiné à la Santé, A... donne immédiatement l'impression d'un débile intellectuel et d'un dégénéré. Il présente des signes phy-

siques de dégénérescence tels que voûte palatine très ogivale et asymétrie faciale et crânienne.

Il reconnaît sans aucune difficulté les faits qui lui sont reprochés et ne cherche pas à les dissimuler où à les excuser.

Il déclare que c'est le dénûment complet qui l'a poussé à voler des sacs à main en s'attaquant à des passantes.

Les souvenirs des agressions qu'il a commises sont parfaitement conservés et il ne s'agit en aucune façon d'« équivalents épileptiques », lesquels supposent l'amnésie consécutive.

L'épilepsie dont est atteint A... ne saurait être mise en doute. Il a eu une crise typique dans le cabinet du Juge d'instruction. Il a eu plusieurs crises à la Santé, et les gardiens qui en ont été les témoins m'ont donné une description de ces crises suffisamment précise pour qu'on puisse conclure à l'épilepsie.

Ces crises paraissent très fréquentes. A... en a eu une la veille de mon examen et le matin même, quelques instants avant que je ne l'examine. Il y avait encore sur sa joue droite et son menton des traces de sang indiquant qu'il s'était mordu pendant la crise. De plus, sa chemise était toute mouillée par l'urine.

Il s'agit donc d'un épileptique et, qui plus est, d'un grand épileptique.

Il est né à Neufchâteau, le 15 février 1906. Il ne peut me donner de renseignements bien précis sur ses tares héréditaires, mais il déclare que plusieurs de ses frères et sœurs seraient épileptiques. Dès le plus jeune âge, il a eu des convulsions et celles-ci ont persisté pendant toute sa vie.

C'est à cause de ces crises qu'il n'a pu aller à l'école, si bien qu'il n'a aucune instruction, qu'il ne sait ni lire, ni écrire, ni compter.

Vers 14 ans, il a commencé à travailler comme manœuvre, mais il était constamment renvoyé des chantiers à cause de ses crises. Il est de toute évidence que tout le monde renvoie un employé ou un ouvrier qui a des crises épileptiques, qui risque de se blesser ou de se tuer et qui peut être une cause de trouble et de désordre.

Il a fait néanmoins son service militaire au 2^e zouaves au Maroc. Il m'affirme qu'il a eu de nombreuses crises et qu'on lui faisait faire un service spécial. Il eût été indispensable de réformer A..., mais il ne l'a pas été.

Au cours de son service, il a été condamné à cinq mois de prison pour outrage à un supérieur. C'est un fait presque constant chez

les épileptiques. Ceux-ci ont toujours des troubles du caractère et une impulsivité malade. A propos d'une remontrance, ils se mettent en colère, oublient toute mesure, injurient leurs chefs, trop heureux quand ils n'en viennent pas à des voies de faits. C'est exactement ce qui se serait passé pour A... Il se sentait malade, en proie à des malaises épileptiques, lorsqu'un sous-officier lui a ordonné d'aller à la soupe. Il a refusé et a injurié le sous-officier.

N'ayant plus d'argent, ne trouvant plus à s'employer, ayant une « amie » malade à l'hôpital d' « aliénation », il en est venu à pratiquer le vol à l'esbroufe dans les circonstances que l'on sait.

De plus, au point de vue psychique, A... est un débile et un individu impulsif, violent, irritable, porté aux actes inconsidérés. L'examen neurologique ne montre aucun signe objectif de lésion du système nerveux.

Observation XIX

Le nommé C... est inculpé de plusieurs cambriolages, dont il a avoué s'être rendu coupable.

Le 15 mars 1927, un certain T..., son complice et coinceulpé, est venu le chercher au métro Solférino et l'a conduit dans un taxi en lui disant qu'ils se rendaient dans un immeuble et qu'il n'aurait qu'à faire semblant de vérifier des fils électriques.

Arrivés à destination, ils sont descendus dans une cave et ils ont percé une muraille qui leur a permis de pénétrer dans une bijouterie qu'ils ont dévalisée. Ils ont emporté un grand nombre de bijoux, mais ils ont été surpris par le bijoutier, sur lequel, suivant les dires de C..., s'est jeté T...

Malgré cela ils ont réussi à s'enfuir par les toits et à redescendre par l'escalier d'un autre immeuble.

Le partage des bijoux a eu lieu chez C... et il a reçu pour sa part une cinquantaine de bagues, une quinzaine de montres, des barrettes, des chaînes de montre, des colliers, etc... qu'il a vendus pour la somme d'environ 5.000 fr.

Après avoir d'abord affirmé n'avoir participé à aucun autre cambriolage, C... a avoué qu'il avait pris part à deux autres expéditions.

En juillet 1926, il s'est introduit avec T... dans un chantier avenue Henri-Martin, a escaladé un échafaudage et a fait le guet, pendant que son complice pénétrait dans l'appartement de M. B... L... et s'emparait de divers objets. Le partage du butin a eu lieu chez C... et celui-ci a touché une partie des objets dérobés comprenant un service de toilette, une montre, des pièces d'or, des serviettes, etc...

Enfin, C... a avoué un troisième cambriolage au château de Grosbois, dans lequel ils ont pénétré par effraction et se sont emparés de divers objets, principalement en argenterie.

L'expertise mentale est ordonnée par le Juge d'instruction, à la demande de la défense qui fait remarquer que C... appartient à une famille des plus honorables (père gendarme à la Guadeloupe), qu'il a épousé une femme très honorable, qu'il n'avait jamais

donné aucun souci à ses parents, qu'il a eu la croix de guerre et la médaille militaire avec une très belle citation. Enfin et surtout qu'il a été *trépané* en 1915 et que depuis il est sujet à des *crises épileptiques*.

Examen de l'inculpé

C... est un immense gaillard de 1 m. 90 de haut et très maigre. Son aspect, son faciès, ses expressions de physionomie, ses réponses et toute son attitude ne sont pas ceux qu'on est accoutumé de voir chez des cambrioleurs de profession.

De même son *curriculum vitæ* est exactement le contraire de ceux des malfaiteurs habituels.

Il y a, de toute évidence, un contraste frappant entre les délits commis par C... d'une part, et, d'autre part, par ses antécédents familiaux et personnels, sa conduite au régiment et même dans la vie civile, son caractère enfin.

C... est né le 28 novembre 1928 à la Guadeloupe, où son père était gendarme. Il y est resté toute son enfance et son adolescence sans donner, semble-t-il, aucun ennui à sa famille. Il passe son certificat d'études à 12 ou 13 ans, puis il entre dans une usine de canne à sucre.

Pendant la guerre, il est mobilisé avec sa classe et il est volontaire pour aller sur le front. Il est versé dans un régiment d'Infanterie Coloniale ; il va en Argonne, et, presque aussitôt, le 2 août 1915, il est blessé à la tête par un éclat de grenade.

Non seulement sa blessure, mais sa courageuse attitude, lui vaut une très belle citation : la croix de guerre et la médaille militaire.

Sa blessure siégeait au niveau de la région temporo-pariétale gauche du crâne et a nécessité une trépanation qui paraît avoir été très importante et de très vaste dimension.

D'ailleurs le cerveau lui-même a été touché, puisqu'il a eu une paralysie de tout le côté droit, dont il reste encore quelques reliquats et des crises d'épilepsie jacksonniennes qui persistent encore actuellement et dont la première serait apparue environ un mois après sa blessure.

C... a fait de très longs séjours dans les hôpitaux, puisqu'il y serait resté de 1915 à 1918 ou 1919. On lui a fait, en effet, un grand

nombre d'opérations chirurgicales, pour combler la perte de substance osseuse du crâne en prélevant sur lui-même du cartilage costal ou de l'os au niveau du tibia gauche (greffes cartilagineuses et osseuses).

En sortant des hôpitaux, il s'est marié et a eu depuis deux enfants âgés de 8 et 2 ans.

Il s'est placé chez un constructeur d'automobiles et il a commis la très grosse imprudence, étant épileptique, de conduire des autos.

En avril 1922, étant au volant d'une voiture, il a eu une crise épileptique qui a entraîné un accident.

Il dit qu'à la suite de cet accident on lui a retiré son permis de conduire, mais il y aurait lieu de s'en assurer. Il a ensuite travaillé chez un fabricant de papier peint, puis au Crédit Agricole comme garçon de bureau.

Il y était depuis cinq ans, mē dit-il, lorsqu'il a commis son premier vol, celui de l'avenue Henri-Martin.

Mais trouvant qu'il n'avait pas d'avancement et qu'il ne gagnait pas assez, il a fait une demande pour avoir une place spéciale, réservée aux mutilés. Le 14 novembre 1927 il est entré à la Préfecture de la Seine.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que dans le même instant où il travaillait régulièrement, il s'était livré à plusieurs cambriolages.

Il m'a paru très important de rechercher à la suite de quelles circonstances et pour quels motifs psychologiques il avait commis les délits qui lui sont actuellement reprochés.

Il prétend que le premier délit, celui du cambriolage de l'avenue Henri-Martin, a été, ainsi que les délits suivants, entièrement combiné par T... Celui-ci lui aurait offert un bon dîner, puis l'aurait conduit dans un chantier sans lui dire qu'il s'agissait de faire un cambriolage. Autrement dit, C... affirme que son complice l'a entraîné et, même, a agi par surprise.

C... prétexte également pour les deux autres délits qu'il était dans l'ignorance des projets de T... Mais cette explication est contraire à toute vraisemblance, puisqu'il avait participé déjà à un ou deux cambriolages avec son complice et partagé avec lui le butin volé.

Malgré la part d'exagération que contiennent les explications de C..., il semble cependant, au point de vue psychologique, qu'il ait eu un rôle assez passif et se soit laissé dominer et entraîner.

De plus, à cette époque, C... avait des difficultés d'argent et était l'obligé de T..., à qui il devait de l'argent.

Au point de vue psychiatrique on doit admettre que C... est faible de caractère, suggestible, facile à entraîner. Il manifeste des regrets qui paraissent sincères et sanglote.

En dehors de cette faiblesse de caractère on ne note rien d'anormal au point de vue psychique. Il n'y a aucun signe de délire, de démence ou d'aliénation mentale. La mémoire, le jugement, l'attention et, d'une façon générale, toutes les facultés intellectuelles sont normaux.

Ce manque de volonté, cette faiblesse de caractère sont en grande partie la conséquence de l'épilepsie dont C... est atteint, et des lésions cérébrales qui ont suivi sa blessure de guerre.

Après sa blessure il a eu une hémiplégie droite, des troubles aphasiques et des crises convulsives. Il ne persiste plus actuellement de troubles du langage, mais il existe des reliquats d'hémiplégie. Il y a une paralysie partielle, mais nettement appréciable de la moitié droite de la face. La force musculaire est diminuée dans les deux membres du côté droit, principalement dans le membre supérieur. Les réflexes tendineux sont plus vifs à droite. Enfin en ce qui concerne les crises d'épilepsie, celles-ci sont indubitables. Elles ont fait l'objet de plusieurs certificats médicaux dont un de réforme, très explicite et qui conclut à une épilepsie jacksonnienne à début facial. Les crises convulsives seraient de fréquence moyenne (environ une par mois). Il y aurait, de plus, des « absences » et des « vertiges » fréquents.

Tout ce qui précède permet de conclure d'une façon certaine à des lésions organiques du cerveau au niveau de la circonvolution frontale ascendante.

Observation XX

G..., étant détenu à la Santé pour vol, s'était fait porter malade le 13 février 1928. A son retour dans sa cellule, le surveillant F... le fouille et trouve du tabac. Il saisit ce tabac et annonce qu'il fera un rapport au directeur, puis il fait au détenu une nouvelle observation parce qu'il communiquait, en se servant de l'acoustique de la colonne des cabinets, avec des détenus voisins. G... insulte alors grossièrement le surveillant, le traitant « d'enc... », lui disant qu'il aurait sa peau et lançant des coups de poing à travers le guichet. Le surveillant revient avec un brigadier et ouvre la cellule de l'inculpé. Celui-ci, « en pleine fureur », lance des coups de poing qui atteignent le surveillant au nez et aux lèvres. C'est à grand'peine que 5 ou 6 gardiens l'emmènent dans un cachot, car il se débat et porte un coup de pied au ventre au surveillant F... Celui-ci porte plainte au Procureur.

Interrogé par le Juge d'instruction, l'inculpé prétend qu'il a été frappé le premier.

Le Dr P... examine le surveillant, constate les blessures portées à la face et conclut à une incapacité provisoire de six jours. Il examine le prévenu, mais ne trouve rien et conclut que l'examen est négatif. Devant le Juge d'instruction, l'inculpé fait la déclaration suivante : « Je reconnais ce fait (avoir lancé deux coups de poing par le guichet), mais j'ai été frappé dans ma cellule par la suite et c'est ainsi que, fou de colère, je lui ai donné un coup de poing en pleine figure. Je n'ai pas frappé volontairement d'un coup de pied le gardien. C'est en me débattant qu'il a dû être atteint. En tout cas, je lui adresse toutes mes excuses. Lorsque je suis en colère, je ne sais plus ce que je fais. J'ai été trépané à l'âge de 9 ans en décembre 1911 et je suis sujet à des crises d'épilepsie graves. Je précise que l'an dernier à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, et précédemment à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, mes crises ont été si graves qu'on a dû me passer la camisole de force.

Au dossier je relève que G... a été poursuivi, le 2 mai 1919, pour infraction à la loi sur les chemins de fer et quatre fois pour vols : les 25 avril, 30 mai, 11 juillet et le 25 octobre 1925 (6 mois par défaut).

Examen de l'inculpé

G... se présente fort correctement et son attitude ne présente rien d'anormal. Il me donne sur ses antécédents héréditaires et sur son *curriculum vitae* des renseignements extrêmement précis et qui seront confirmés comme vrais par M. C..., qui a été pendant de nombreuses années le patron du père de l'inculpé et qui connaît très bien celui-ci et sa famille. Un de ses grands-pères et sa mère auraient été épileptiques. Celle-ci serait morte alors que l'inculpé n'était âgé que de 3 ans. Son père s'est remarié l'année suivante en 1906. Placé en nourrice jusqu'à 8 ans, puis en pension jusqu'à 15, il aurait eu des crises épileptiques depuis l'enfance. A 8 ou 9 ans (probablement au cours d'une crise ou d'un vertige) il tombe d'un deuxième étage et se blesse aux tempes. On constate encore aujourd'hui des cicatrices des régions fronto-pariétales droite et gauche, avec, semble-t-il, une légère dépression osseuse du côté gauche.

En 1917, il revient à Paris chez son père et travaille avec lui comme manœuvre. Comme le confirmera M. C..., il y a une mésentente complète entre l'enfant d'une part, sa belle-mère et son père d'autre part. Ce dernier, gros buveur, brutalise l'enfant. Pour échapper à ces disputes et à ces brutalités, le jeune G... quitte la maison paternelle et se place chez un marchand de poisson. Là il vole dans la caisse des petites sommes d'argent, puis se fait entôler par une fille. N'ayant plus d'argent pour payer sa chambre, il retourne chez son père qui apprenant ce qui s'était passé et agissant sur les conseils de M. C..., le fait placer au patronage R... Il est envoyé à la campagne près de Nancy, puis au bout de peu de temps vole des effets, de l'argent, un sac à main, dans l'intention de s'enfuir, ce qu'il fait effectivement. Il commet ensuite plusieurs vols et est arrêté. Le Tribunal l'envoie dans une colonie pénitentiaire, d'où il cherche sans succès à s'évader. Libéré en mai 1922, il s'en va pour rejoindre son corps, mais il a plusieurs crises nerveuses d'épilepsie, dit-il, et est hospitalisé à l'hôpital de Cahors. Pendant son service, il aurait eu deux crises d'épilepsie. En novembre 1923, il revient chez son père mais se fâche avec lui. Il fait alors différents métiers, parcourt une partie de la France à pied et aurait été hospitalisé dans différentes villes pour des crises d'épilepsie. De retour à Paris, il commet plusieurs délits. Il est arrêté en flagrant délit

de vol de sac à main à l'esbroufe. Il aurait été également condamné à Mantes pour vol ou recel de bicyclette.

C'est pendant qu'il était à la Santé que, le 13 février 1926, il a commis contre un gardien l'agression qui motive sa nouvelle inculpation et l'expertise actuelle.

Il reconnaît les faits, sinon qu'il soutient avoir été frappé le premier. Il avoue être sujet à des colères terribles pendant lesquelles il perd toute mesure et ne sait plus ce qu'il fait.

Il dit avoir des crises d'épilepsie depuis l'enfance, assez espacées, au nombre de 4 ou 5 par an. Il se serait blessé plusieurs fois en tombant. Jusqu'à l'âge de 14 ans, il lui serait arrivé d'uriner au lit.

En plus, il a des vertiges qui durent quelques secondes ou quelques minutes et pendant lesquels il perd l'équilibre.

L'examen physique montre quelques signes de dégénérescence ; notamment une légère asymétrie faciale et une voûte palatine ogivale. Les réflexes sont vifs, les pupilles sont normales à toutes les réactions. L'examen général ne montre aucun signe objectif d'une maladie quelconque.

Au point de vue mental, G... ne présente aucun affaiblissement intellectuel, son intelligence est au contraire assez vive, sa mémoire excellente, son instruction assez satisfaisante. On ne constate aucun délire, aucune hallucination, bref aucune maladie autre que l'épilepsie.

Observation XXI

Le nommé G... a été arrêté le 1^{er} novembre 1930, à 2 h. 30.

Étant légèrement pris de boisson il a pris les agents à partie au moment où ils interpellaient une personne suspecte.

Invité à s'éloigner il a refusé. De même il a refusé de montrer ses papiers, disant qu'il était médaillé militaire, traitant les agents de lâches et d'enc...

Les agents déclarent avoir tout fait pour le calmer, mais il a maintenu ses outrages jusqu'au poste.

Interrogé il reconnaît les faits qui lui sont reprochés.

« Je reconnais parfaitement avoir insulté les agents alors que j'avais légèrement bu. Je regrette vivement et je fais mes excuses. Je tiens à signaler, tout en reconnaissant ma faute, que j'ai été blessé à la tête, que je ne dois pas boire et que lorsqu'il m'arrive de prendre quelque peu d'alcool, je ne sais plus très bien ce qui se passe. »

Une note du commissariat mentionne : « Cet individu au cours de la nuit, au poste, ne nous a pas paru jouir de la plénitude de ses facultés mentales. »

Son casier judiciaire porte 25 francs d'amende pour outrages à agents.

Examen de l'inculpé

J'ai examiné l'inculpé à l'hôpital Saint-Antoine où je l'avais convoqué.

Il s'est présenté d'une façon très correcte, se prêtant de bonne grâce à l'examen et répondant avec toutes les apparences de la plus grande sincérité.

Interrogé sur les faits qui lui sont reprochés, il répond qu'à minuit il avait quitté son domicile, sans aucune querelle avec sa femme, sans aucun but défini, ainsi que cela lui arrive de loin en loin.

Il a commis quelques excès de boisson, mais sans être complè-

tement ivre. Il avait bu, dit-il, un litre de vin blanc. Il était cependant assez surexcité.

« Vers deux heures du matin, dit-il, j'ai vu deux agents qui emmenaient au poste un type que je ne connaissais pas et qui, paraît-il, n'est pas intéressant.

« Comme d'habitude j'ai voulu faire le Don Quichotte; alors les agents m'ont prié poliment de m'en aller. Alors j'ai fait état de ma situation de blessé, de pensionné, de médaillé, comme d'habitude... Et alors je les ai injuriés, je les ai traités de gros mots... Je ne me rappelle pas tout exactement, mais je ne nie pas les faits, car lorsque je suis dans cet état je suis capable de tout. »

Nous verrons plus loin que cet état d'irritabilité avec « Don Quichottisme » est en grande partie pathologique et consécutif à une blessure crânienne.

G... m'a donné les renseignements suivants sur son *curriculum vitae*.

Il est né en 1896 à Paris. Son père était docteur en médecine. Il est mort aliéné en 1905 étant atteint de paralysie générale, après deux ans d'internement.

Il a eu trois sœurs décédées en bas âge.

Au décès du père, sa mère a été obligée de gagner sa vie comme institutrice. De même, pour des raisons pécuniaires, il n'a pu poursuivre ses études secondaires. Il a passé son certificat d'études, puis a appris le métier de monteur. Il est resté trois ans dans la même maison jusqu'en 1914.

Il s'est engagé à 18 ans dans l'infanterie et a été blessé 4 fois.

Le 10 décembre 1916 à Douaumont, il a été blessé par un éclat d'obus. Il a perdu connaissance, puis a été ultérieurement envoyé au centre neurologique de Dijon.

Ensuite il a fait partie de l'Armée d'Orient et de Russie.

A la démobilisation, il s'est engagé dans l'infanterie coloniale pour cinq ans et a passé 18 mois en Syrie; à son débarquement à Marseille, en décembre 1921, il a eu une altercation avec des agents et a été condamné à 15 jours de prison avec sursis.

En 1922, il va au Maroc où il passe deux ans.

Rentré en mai 1924 à Brest, il a eu coup sur coup plusieurs disputes avec des gradés ou des agents et a été en prévention de conseil de guerre. Mais chaque fois il a été l'objet d'un non-lieu.

De plus, à la suite d'un rapport du Dr Q..., spécialiste en neuro-psychiatrie, on s'est rendu compte de son état maladif, et non

seulement il a été l'objet d'un non-lieu, mais il a obtenu une pension.

Depuis 1925, il est rentré dans la vie civile et a travaillé régulièrement comme monteur-ajusteur.

L'examen psychiatrique nous montre que sa blessure occipitale a entraîné des séquelles psychiques.

G... présente des symptômes qui traduisent une épilepsie larvée. Il a des « absences caractéristiques, un vide » qui dure quelques secondes, pendant lesquelles il devient très pâle et éprouve la sensation d'un début d'évanouissement.

Parfois ces absences se compliquent des sensations vertigineuses et constituent le « vertige épileptique ».

Enfin il a des céphalées et des éblouissements.

Depuis sa blessure, il a uriné 8 ou 10 fois au lit, ce qui est un symptôme très important d'épilepsie.

Il s'agit donc d'une « épilepsie larvée » ne se traduisant pas par des crises convulsives, mais par d'autres symptômes qui n'en sont pas moins d'ordre comitial.

Enfin et surtout, G... présente l'impulsivité, si caractéristique de l'épilepsie. Il a surtout des emballements subits à propos d'une chose qu'il juge lâche : à voir frapper une bête, corriger un enfant. « Alors, dit-il, je ne me possède plus. Si on s'oppose, je m'excite davantage. »

C'est une espèce de Don Quichottisme pathologique, qui lui fait prendre la défense des faibles, des opprimés, par exemple de s'opposer à l'arrestation d'un individu qu'il ne connaît pas. Il en vient ainsi à commettre des délits d'outrages aux agents.

Sa nervosité se manifeste aussi par de l'agacement, de l'impatience. Dernièrement, pour une remarque absolument insignifiante de sa femme, il a cassé des disques de phono lui appartenant.

Cet état de nervosité est accru par l'absence de tout traitement et par des abus de vin.

Alors que G... devrait être parfaitement sobre, il boit un litre de vin par jour en moyenne; parfois 1 et demi.

Il présente même quelques symptômes discrets d'alcoolisme, tremblement des doigts, crampes musculaires, cauchemars.

En dehors de ce qui a été signalé, l'examen médical est négatif et ne révèle aucun signe objectif de lésion du système nerveux.

Observation XXII

Le nommé L... Henri a été arrêté le 23 septembre 1928, par M. Balancin, typographe à l'Imprimerie Nationale, demeurant, 71, rue Saint-Maur, dans l'escalier de cet immeuble, alors qu'il venait d'ouvrir la porte de son logement avec effraction. Fouillé, il a été trouvé porteur de deux pinces à bout retourné et plat.

M. Balancin dépose qu'en rentrant avec sa femme chez lui, il a rencontré cet individu entre le 5^e et le 6^e étage.

« Intrigué par son attitude, dit-il, je l'ai nettement dévisagé et son trouble ne faisant qu'augmenter j'ai été pris de soupçons qui étaient d'ailleurs justifiés. »

En arrivant à son logement, M. Balancin a constaté que la porte était entr'ouverte et les serrures arrachées. Il est redescendu aussitôt, s'est lancé à la poursuite du cambrioleur et l'a arrêté avenue de la République.

A l'intérieur de l'appartement, l'armoire était ouverte et le linge était placé sur le lit, mais rien n'avait été soustrait. L... a, en effet, expliqué qu'ayant entendu du bruit, il s'était sauvé sans avoir pu rien emporter.

Il a reconnu tous les faits qui lui étaient reprochés, et il a même ajouté que dans le courant de l'après-midi, il était entré dans plusieurs immeubles et avait frappé à quelques portes pour voir si les locataires étaient chez eux. Tous les appartements étant occupés, il n'avait pu réussir à voler.

Depuis 1924, L... a eu deux condamnations : 4 mois, le 12 octobre 1925, pour port d'arme prohibée ; 2 ans, le 24 février 1928, par les Assises de la Seine, pour vols et recel.

L'examen mental est sollicité par la mère de l'inculpé qui déclare qu'il est un grand déséquilibré, déjà reconnu par le D^r T..., et qui signale que l'une de ses sœurs a eu des crises d'épilepsie, qu'un frère s'est suicidé, ainsi qu'un grand-père maternel.

Examen de l'inculpé

L..., examiné à la Santé, se présente correctement et répond de bonne grâce aux questions. Non seulement il n'essaye pas de simuler

aucune maladie mentale, mais il m'aurait laissé ignorer ses antécédents héréditaires vésaniques, si je n'avais été informé de ceux-ci.

Interrogé sur les motifs qui l'ont poussé à commettre cette tentative de vol, il déclare qu'étant sans travail depuis un mois, et vivant chez sa mère, celle-ci lui reprochait constamment de ne pas lui rapporter de l'argent. C'est parce qu'il était excédé de ces reproches et de disputes continuelles qu'il aurait tenté un cambriolage. Il est allé sans succès dans plusieurs immeubles, les appartements qu'il se proposait de cambrioler étant occupés. Il a fait sauter la serrure du logement de M. Balancin avec un instrument qu'il dit avoir préparé lui-même. Puis il s'est sauvé, sans avoir rien pu voler, parce qu'il avait entendu quelqu'un monter l'escalier.

L... est âgé de 32 ans, il a passé son certificat d'études vers 13 ans, puis il a été cinq ans en apprentissage dans la mécanique. Il ne semble pas qu'il ait commis de vols ou de fugues pendant son enfance, ni qu'il ait manifesté aucune perversion instinctive.

Mobilisé en 1915, il est allé au front et a été blessé à deux reprises. Ces blessures au thorax et à la jambe ne peuvent avoir aucune répercussion sur sa responsabilité. Il a eu une citation et a exercé les fonctions de maître pointeur.

Après sa démobilisation en 1919, il a travaillé comme mécanicien dans diverses maisons.

Puis en 1922 — alors que jusqu'à cette époque il n'avait jamais eu affaire en justice — il est condamné une première fois pour vol à l'esbroufe. En pleine salle des pas perdus à la gare Saint-Lazare, il aurait tenté d'arracher un coffret contenant la recette du buffet de la gare.

Il a été condamné à six mois avec sursis.

Puis il a eu une deuxième condamnation, dans des circonstances assez intéressantes au point de vue médical, car elles laissent supposer qu'il a eu une crise d'épilepsie. Il déclare qu'il s'est retrouvé au dépôt sans savoir pourquoi ni comment. Il serait, en effet, tombé évanoui dans un café et, en le fouillant, on a trouvé sur lui un revolver et une pince.

Enfin il a été condamné à deux ans de prison par les Assises pour cambriolage.

Depuis sa sortie de prison il a travaillé, du 23 mars au 28 juillet, comme ajusteur, puis il est entré dans une maison de linotypie, mais il prétend qu'il n'a pu conserver cet emploi à cause d'une blessure qu'il porte au poignet et qui le gêne dans son travail.

Depuis un mois, il était sans emploi, lorsqu'il a été de nouveau arrêté.

Les circonstances dans lesquelles sa dernière tentative de vol a été accomplie ne présentent rien d'anormal au point de vue psycho-pathologique. Il s'agit d'une tentative de vol banale.

L'examen psychiatrique ne révèle aucun signe d'aliénation ou de démence.

Par contre, L... est un individu sur lequel pèsent de lourdes tares héréditaires et qui est atteint de déséquilibre psychique avec épilepsie larvée.

Suivant le témoignage de sa mère, une de ses sœurs serait morte dans des crises d'épilepsie, son frère se serait suicidé, ainsi qu'un grand-père maternel qui s'est pendu.

Par leur nombre et leur gravité, ces tares héréditaires sont à retenir.

De plus, L... paraît atteint d'épilepsie larvée. Il semble même qu'il ait eu une ou plusieurs crises convulsives. Mais il a des « absences », et surtout il lui est arrivé assez souvent d'uriner au lit. Il présente, de plus, les traits du caractère que l'on observe dans cette maladie : impulsivité, irritabilité, tendance aux violences.

Cette épilepsie larvée est très légère, mais, d'une part, elle n'est pas soignée, d'autre part elle est entretenue et aggravée par les excès alcooliques auxquels se livre l'inculpé. Il présente, en effet, un tremblement marqué des doigts d'origine alcoolique, et dit avoir des cauchemars et des nuits agitées.

Les réflexes tendineux sont vifs, les pupilles normales. A signaler une paralysie du nerf cubital par section du poignet due à un coup de poing dans une vitre au cours d'une ivresse. L'examen viscéral ne révèle rien d'anormal.

Observation XXIII

Le nommé B... a été arrêté le 16 juillet 1930 dans les circonstances suivantes.

Un gardien de la paix ayant entendu crier « au voleur » et ayant aperçu un homme qui fuyait, s'est lancé à sa poursuite et l'a rattrapé. Celui-ci, interpellé, a tout d'abord déclaré qu'il n'avait rien fait de répréhensible.

Mais un sieur N... étant arrivé a désigné B... comme lui ayant soustrait son porte-monnaie, dans la poche de son pantalon, après avoir lié conversation.

L'inculpé a reconnu les faits au commissariat.

Il a avoué avoir encouru de nombreuses condamnations et être interdit de séjour.

Il était sorti de prison quelques jours plus tôt, le 10 juillet.

« Je n'ai pas eu le temps, dit-il, de quitter Paris. »

Il n'habite pas chez son oncle, ainsi qu'il l'avait prétendu, mais il lui rendait visite assez souvent. Chaque fois qu'il en avait l'occasion, il en profitait pour dérober tout ce qui était à portée de sa main.

Son casier judiciaire porte 10 condamnations depuis le 10 décembre 1926 pour vol, outrages à agents, infraction à interdiction et bris de clôture.

Au dossier figure le certificat suivant du Dr D..., de Béthune :
« ...Je certifie que le jeune Paul... est atteint de crises d'épilepsie et qu'à certains moments il peut être dangereux pour lui-même et pour les autres. En conséquence, il y aurait peut-être lieu d'envisager le placement de ce jeune homme dans une maison spéciale de cure et d'isolement. »

L'inculpé demande à être examiné mentalement disant qu'il a eu une crise d'épilepsie le jour du vol.

L'inculpé est passible de la relégation.

Examen de l'inculpé

Examiné à la Santé, l'inculpé se présente correctement et se prête de bonne grâce à l'examen.

Le fait essentiel de cet examen est qu'il est, selon toutes vraisemblances, atteint d'épilepsie.

A l'âge de 9 ans et demi il aurait été blessé par l'explosion d'un bidon d'essence enflammé.

De fait, il présente à la partie la plus basse du front une cicatrice qui s'étend de la queue du sourcil droit à la base du sourcil gauche. Au niveau de la région intersourcilière le toucher permet de reconnaître une petite dépression osseuse qui serait le résultat d'une trépanation subie aussitôt après cet accident.

Avant cet accident, l'inculpé n'aurait jamais eu de crises nerveuses. Mais à la suite de cette blessure et de cette trépanation, il aurait présenté des crises épileptiques.

Bien que je n'aie pas personnellement assisté à une crise et malgré l'absence d'annexes psychiatriques dans les prisons (seul moyen de faire constater par un personnel compétent l'existence et la nature d'une crise épileptique), dans le cas présent l'épilepsie paraît indubitable.

Elle ne saurait surprendre chez un traumatisé du crâne et un trépané.

Elle a fait l'objet d'un certificat médical très affirmatif.

La description de l'inculpé est tout à fait conforme aux données de la clinique.

Enfin il présente une cicatrice visible de la langue qui est presque la signature d'une crise épileptique.

Pour toutes ces raisons, nous ne mettrons pas en doute la réalité de l'épilepsie, bien que nous regrettions, une fois de plus, l'absence d'annexes psychiatriques permettant seules un diagnostic absolu.

Les crises épileptiques seraient survenues environ un an après le traumatisme subi, ce qui est normal.

B... aurait en moyenne une crise par semaine, parfois plus rarement, parfois deux ou trois crises dans la même journée.

Ceci indique une épilepsie assez grave.

La crise débute par une sensation vertigineuse très rapide, qui ne lui permet pas d'éviter les accidents de la chute.

Presque aussitôt il tombe et perd conscience, ne pouvant dire ce qu'il fait pendant sa crise.

Plusieurs fois il s'est mordu la langue. Il présente une cicatrice visible sur le bord droit de la langue.

Il se serait plusieurs fois blessé en tombant.

Quelquefois il éprouve simplement un vertige ou une absence, sans crise convulsive.

Il ne paraît pas présenter d'équivalents psychiques, c'est-à-dire qu'il ne paraît pas se livrer à des actes inconscients.

Cette épilepsie avec crises fréquentes constitue une grosse infirmité psychique et sociale.

De plus, par suite des circonstances, du niveau intellectuel et social de l'inculpé, celui-ci ne s'est pas soigné comme il aurait dû.

Sa mère étant morte en le mettant au monde et son père l'ayant abandonné, il a été élevé par ses grands-parents qui tenaient un « estaminet » à Béthune. Il les aidait dans leur commerce et s'est livré à des excès de boisson, surtout vers 19 et 20 ans.

Pendant la guerre, il s'est engagé ; mais il a été réformé presque aussitôt, à cause de son épilepsie.

Il est retourné à Béthune et a vécu le plus souvent auprès de ses grands-parents.

A plusieurs reprises il aurait travaillé chez différents patrons, mais ceux-ci, comme cela est constant pour les épileptiques, étaient obligés de le congédier après une crise.

C'est alors que, découragé, n'ayant pas d'argent, ne trouvant pas de travail et aucune œuvre qui puisse s'occuper de lui, il en est venu à commettre des petits délits, principalement des vols.

Sorti de prison le 10 juillet dernier, il a travaillé aux Halles, couchant dehors.

Le jour de son arrestation, se trouvant Square des Innocents, un passant lui a demandé, dit l'inculpé, l'adresse d'un restaurant des Halles, puis l'a invité à boire un verre. Ensuite il lui a proposé de l'accompagner à la Bastille.

Chemin faisant, ayant eu envie d'uriner, les deux hommes auraient satisfait leur besoin dans la rue. « A ce moment, dit B..., cet homme qui m'avait proposé d'aller avec lui dans un hôtel, a mis ma main dans sa poche. J'ai senti le porte-monnaie, je l'ai pris et je me suis enfui. »

Telle est l'explication de l'inculpé.

Il déclare qu'en cours de route cet homme lui avait offert plusieurs verres de vin et qu'ils étaient tous deux légèrement pris de boisson.

Le niveau mental de B... est faible. Son instruction des plus médiocres.

Il est incapable de citer plus de trois grandes villes en France et de nommer la capitale de l'Angleterre.

Mais les tests, dits de sincérité, montrent qu'il est de bonne foi et ne cherche pas à se faire passer pour plus débile qu'il ne l'est.

L'inculpé ne paraît pas présenter de troubles graves du caractère, mais, par contre, il a des troubles de l'humeur sous forme de tristesse et de découragement.

L'examen physique ne révèle rien d'important à signaler, en dehors de la trépanation décrite plus haut.

Avant de me quitter, l'inculpé me fait la déclaration suivante :

« Je ne demande qu'une chose, c'est d'être placé dans une institution où l'on me soigne et où je puisse travailler. »

A une de mes questions, l'inculpé me fait savoir qu'on ne lui donne pas son Gardenal depuis qu'il est en prison. Or la suppression brusque de ce médicament n'est pas sans inconvénients et peut avoir des conséquences parfois très graves. Il aurait d'ailleurs eu une crise dans la prison.

Enfin l'inculpé a demandé — et il a eu raison de le faire — à n'être pas seul dans sa cellule.

Cela lui a été refusé par le gardien-chef. Il y a pourtant un intérêt majeur à ne pas laisser seul un épileptique qui au cours d'une crise peut s'étouffer, ou se faire du mal, voire même se blesser grièvement.

Observation XXIV

Interrogé, le nommé B... déclare qu'étant passé devant une boutique, il a remarqué que le bec-de-cane était sur la porte. N'ayant vu personne à l'intérieur, il y est entré après avoir pris soin de se déchausser.

« Mon intention, dit-il, était d'emporter ce qui m'aurait plu pour le vendre. »

Il a été condamné, le 13 novembre, à huit mois de prison et cinq ans de défenses pour cette tentative de vol.

Il a fait appel de ce jugement.

Il avait encouru trois condamnations antérieures.

L'expertise psychiatrique a été ordonnée parce que l'inculpé a eu une crise épileptique pendant l'audience de la Cour d'Appel.

Examen de l'inculpé

Examiné à la conciergerie, l'inculpé donne immédiatement l'impression d'être un faible d'esprit.

Il présente des stigmates de dégénérescence et ce qu'on appelle le « masque du débile ».

Il déclare avoir 28 ans, être né à Tours en avril 1899.

Il est allé à l'école jusque vers l'âge de 10 ans, mais son instruction est très rudimentaire, comme je m'en suis assuré.

Au sortir de l'école, il a travaillé et a exercé différents métiers : notamment dans la boulangerie, la crèmerie et comme camionneur. Mais sa mémoire paraît faible et il ne peut fournir des renseignements précis sur son *curriculum vitae*, sur ses places exactes, le nom de ses patrons, etc.

Il a été pris au service militaire et a fait son service dans un régiment d'infanterie dont il ne sait plus le numéro. Il a été réformé (ainsi que je l'ai vu sur son livret militaire) le 26 août 1921. Il me déclare que le motif de sa réforme était l'épilepsie.

Il est marié, mais séparé de fait de sa femme.

Depuis sa réforme il a eu trois condamnations pour vol.

Il n'a pas été capable d'exercer un métier de façon suivie, et il a toujours fait preuve d'une grande instabilité et d'une certaine inadaptabilité sociale.

En dernier lieu, il aurait dû quitter la maison où il travaillait à cause de ses crises.

Il était à ce moment sans travail, sans domicile et presque démuné d'argent, lorsqu'il a été arrêté le 11 novembre.

Il avait passé la nuit dehors et il avait, me dit-il, commis des excès de boisson.

Il me déclare qu'il est entré dans la pâtisserie pour voler simplement un pain. Mais cette déclaration est contraire à ce qu'il avait tout d'abord avoué. En effet, il a dit au commissariat qu'il était entré dans une boutique sans savoir que c'était une boulangerie et qu'il avait l'intention d'emporter ce qui lui aurait plu pour le vendre.

L'examen psychiatrique de B... montre que celui-ci est atteint de débilité mentale avec une insuffisance de la mémoire, de l'attention, du jugement. Il sait lire assez correctement, mais il est incapable de résumer intelligemment un fait divers de quelques lignes. Il sait un peu écrire. Ses notions de calcul sont des plus insuffisantes. Quant aux autres connaissances, elles sont à peu près égales à zéro. Il ignore la plupart des faits contemporains, et toutes ses réponses témoignent d'une réelle débilité.

Son caractère est sombre, méfiant, sournois, hargneux. Il n'a pas l'air de comprendre le but de mon examen et ne cherche, à aucun moment, à se faire passer pour irresponsable. De plus, il est épileptique. Il ne peut me donner de renseignements utilisables sur son enfance et les maladies qu'il a eues. En tout cas il est épileptique au moins depuis le régiment, puisqu'il a été réformé comme tel.

La description qu'il me donne de ses crises est tout à fait conforme à ce que l'on observe dans l'épilepsie.

Il présente, de plus, une trace de morsure de la face interne de la joue gauche, qui est due à une morsure pendant une crise.

Enfin une crise épileptique a été constatée par le Tribunal au cours de l'audience.

Les crises surviendraient en moyenne tous les mois, mais quelquefois plus fréquemment, provoquées vraisemblablement alors par les excès de boisson auxquels se livre B... quand il a un peu d'argent.

Il présente des stigmates de dégénérescence : asymétrie faciale, asymétrie et malformations des oreilles, voûte palatine ogivale, malformations dentaires.

Les réflexes pupillaires et tendineux sont normaux.

Observation XXV

D'après le rapport des Inspecteurs du Service des Jeux, le nommé D... a été appréhendé, le 8 avril 1926, à 16 heures, sur la pelouse du Champ de Courses du Tremblay.

Il transcrivait les ordres sur une petite feuille de papier soie qu'il tenait à l'intérieur de son programme.

Il avait déjà reçu 10, 5 et 50 francs.

Au moment de son arrestation, D... a opposé une vive résistance, cherchant à ameuter la foule et blessant un des inspecteurs à la main en le mordant.

De plus, il a avalé le papier de soie portant les ordres de paris qu'il venait de recevoir.

On a trouvé sur lui 700 francs dans ses poches.

D... est connu du Service des Jeux et a été arrêté quatre fois pour le même motif depuis le 12 novembre 1924.

Interrogé il déclare ne pouvoir exercer son métier de boucher à cause de son état de santé.

Il nie complètement tous les faits qui lui sont reprochés, alors que les inspecteurs maintiennent formellement leurs accusations. Il déclare, en effet, n'avoir joué que pour son compte et n'avoir pas blessé l'inspecteur.

Le Dr Julien N... a fait un certificat où il est dit : « J'ai été appelé auprès de lui pour des crises épileptiques qui prenaient parfois le caractère d'un état de mal ».

D'après les renseignements de la police judiciaire, il est sujet à des crises nerveuses ; il ne peut, de ce fait, exercer de façon régulière sa profession de boucher et semble tirer ses subsides des paris aux courses.

Examen de l'inculpé

D... me fait, à son entrée dans le cabinet médical de la prison, l'impression d'un homme sournois, peu franc, qui cherche à m'apitoyer, et qui se défend avec ce qu'il estime être de l'habileté, en

étant poli à l'extrême et même « mielleux ». Il se livre à une espèce de comédie dont je fais semblant d'être dupe.

Mais il commet un acte plus grave, propose de me « payer mon déplacement et ma consultation » et me laisse entendre, non sans habileté, « qu'on peut s'arranger ».

C'est, en somme, une amorce de tentative de corruption. Mais ne voulant pas porter plainte contre lui, je me contente de le rabrouer vertement, et il se le tient pour dit.

Cet épisode nous éclaire sur la mentalité et sur la moralité de cet individu et ne fait que confirmer ce que nous apprend l'étude de son existence, ces dernières années, pendant lesquelles il n'a guère tiré ses moyens de subsistance que par des procédés illégaux.

Il nie formellement tous les faits qui lui sont actuellement reprochés et soutient que depuis sa dernière condamnation il n'a plus fait le Bookmaker. Il reconnaît l'avoir fait autrefois (probablement depuis plusieurs années).

Il parle d'ailleurs de cela comme d'un métier et se vante d'avoir toujours tenu ses engagements envers sa « clientèle » et d'avoir accru celle-ci.

Il m'avoue avoir encouru trois condamnations pour les courses avant 1924 et ajoute : « Ce n'est peut-être pas la peine d'en parler. » De plus, il a été condamné, le 30 mai 1924, à Mirande, pour trafic de monnaie d'or à un mois de prison. Il achetait des pièces de 20 francs à Mirande dont il est natif et les revendait à des individus à la Bourse plus cher qu'il ne les avait achetées et moins cher qu'elles ne valaient.

Il semble que toutes ces indécatesses n'existent que depuis la guerre et depuis qu'il est épiléptique.

Avant la guerre, il paraît avoir exercé honnêtement son métier de boucher.

Ses crises d'épilepsie auraient débuté vers 1917, sans qu'il puisse y avoir, comme il le croit ou le prétend, de rapport entre les pieds gelés et cette maladie.

Après avoir fait la première partie de la guerre dans des unités combattantes, il a été versé, à cause de ses pieds gelés, dans les C.L.A., employé comme boucher dans les wagons frigorifiques.

Après la guerre, il aurait travaillé comme fort aux Halles, puis comme garçon livreur.

Ce serait, en effet, à cause de ses crises d'épilepsie qu'il ne pouvait travailler comme garçon boucher et cela est parfaitement plau-

sible, car il aurait pu avoir une crise devant la clientèle et, d'autre part, se blesser avec les instruments tranchants. Le métier de boucher est, en effet, un de ceux que l'on déconseille aux épileptiques. Mais il en reste beaucoup qui sont conciliables avec l'épilepsie.

Son existence depuis quatre ans se passe sur les champs de courses, en grande partie.

Son épilepsie est incontestable. Non seulement elle a fait l'objet d'un certificat médical, mais il en reste des preuves objectives sous forme de profondes morsures de la langue, qui sont pour ainsi dire la signature de l'épilepsie.

Cette épilepsie aurait débuté vers 1917. Elle se caractérise par des crises convulsives et une perte de connaissance qui doit être profonde, puisqu'il se mord la langue. Ces crises seraient surtout nocturnes, comme il arrive fréquemment, s'accompagnent de pertes des urines (dit-il), et seraient suivies d'une prostration assez grande.

Il aurait consulté un spécialiste connu, le Dr M..., qui lui aurait prescrit du « Rutonal » en remplacement du « Gardénal » ; il dit que ce médicament semblait avoir une bonne influence.

En dehors de cette épilepsie, l'examen physique montre qu'il s'agit d'un homme très « fort », ayant un peu d'emphysème pulmonaire. Les réflexes sont normaux et l'on ne trouve pas de signes de syphilis. Il déclare d'ailleurs que l'examen de son sang a été négatif. Au point de vue mental, je ne trouve aucun symptôme d'affaiblissement de l'intelligence ou de la mémoire et aucun symptôme de maladie autre que l'épilepsie.

Observation XXVI

Les actes qui ont motivé l'arrestation et l'inculpation de M... peuvent être exposés comme suit, ainsi qu'il ressort de l'examen du dossier où l'on ne constate aucune divergence entre l'interrogatoire de l'inculpé et les dépositions des divers témoins.

« Je reconnais, dit l'inculpé, les faits qui me sont reprochés et je n'en discute aucun. J'ai été entraîné par une fille publique, s'étant dite Madeleine M..., que j'ai rencontrée place de Rennes, le 28 août dernier. Je lui ai dit que j'étais encaisseur et elle m'a engagé à voler mon patron, ce que j'ai fait le 31. Sur sa demande, je lui ai remis 1.000 francs qu'elle a dépensés en achats de toilettes sur le carreau du Temple. Madeleine M... m'a alors amené avec elle au Tréport, d'où elle a voulu me faire partir pour l'Angleterre. Au bout de quinze jours, à l'hôtel de Normandie où j'ai payé tous les frais, Madeleine M... m'a quitté sans me prévenir en emportant tout ce qui me restait d'argent, soit 2.000 francs environ. N'ayant plus de quoi payer les dépenses de l'hôtel, l'hôtelier a porté plainte et m'a fait arrêter... Je veux ajouter que je ne jouis pas toujours de la plénitude de mes facultés mentales. »

M. G..., comptable, déclare que M... est entré au service de la maison J... le 18 février dernier, comme garçon de courses et de bureau aux appointements mensuels de 610 francs. « Jusqu'au 31 août je n'ai rien à lui reprocher que des mensonges. A cette date, il a fait des encaissements pour la somme de 5.092 fr. 25, a conservé les sommes encaissées et n'est pas revenu. De plus, il a conservé ce même jour 13 francs de différence sur le prix d'une dépêche qu'il a envoyée. »

« L'inculpé, ajoute le témoin, m'a paru bizarre au point de vue mental et il a eu à la maison plusieurs crises d'épilepsie. Une fois même on a dû le conduire à l'hôpital Lariboisière. Quand il avait une contrariété, il avait une crise et pleurait comme un enfant. »

Dans l'étude du dossier je relève plusieurs détails qui ont leur importance au point de vue médico-légal. Le détournement des encaissements a été prémédité, ainsi qu'il résulte des aveux de l'inculpé. Les encaissements ont été faits en plusieurs fois, avant et après le déjeuner. La fuite au Tréport avait été préparée et,

probablement, pour dérouter la police, il avait déclaré avant de partir à sa mère qu'il se rendait au Havre. Au Tréport, son amie et lui firent bombance, payant largement, voyageant chaque jour aux environs. Après le départ de la fille se disant Madeleine M..., il continua à faire des promenades en auto jusqu'à devoir au chauffeur la somme, non payée, de 766 francs. Il emprunta 50 francs à son hôtelier et 200 francs au chauffeur, disant faussement que sa mère allait venir et les rembourserait. Au cours d'un premier interrogatoire, il déclara faussement, ainsi qu'il l'avoua par la suite, qu'il avait commis les détournements sous la menace de deux souteneurs qui lui avaient promis de lui « faire son affaire » s'il ne s'exécutait pas.

Enfin pour en terminer avec l'étude du dossier, je copie quelques passages d'une lettre de sa mère réclamant l'indulgence pour son « malheureux enfant ».

« Certes, il est coupable; mais il est faible de caractère, il n'a aucune notion de discernement, il fait le bien comme le mal. Tout jeune, sur le conseil de médecins, je devais le placer dans une maison spéciale; étant seule, ne pouvant payer sa pension, je l'ai envoyé chez des cultivateurs dans l'Isère pensant qu'il trouverait là la force et de quoi dépenser ses nerfs. Malheureusement cela n'a donné aucun résultat satisfaisant. De nouveau il a été visité par un médecin aliéniste à Saint-Robert, à Grenoble, qui avait décidé son placement dans un établissement... Le frère de son père a été interné dans l'asile de Maréville, près Nancy, et y est mort. Deux autres membres de la même famille ont passé à Nanterre. »

La fille se disant Madeleine M... n'a pas été retrouvée par la police.

Examen de l'inculpé

Dès que j'aperçois M... je reconnais en lui un malade que j'ai eu l'occasion de soigner vers le mois de janvier de cette année à l'hôpital Saint-Antoine où il était infirmier depuis peu. Les faits qui motivèrent mon examen à cette époque ont une grande importance et justifieront plus encore que l'acte pour lequel M... est inculpé la demande d'internement que je formulerai dans mes conclusions. Couchant dans un dortoir avec d'autres infirmiers, il lui est arrivé à plusieurs reprises de se lever au milieu de la nuit et de poursuivre ses camarades avec un couteau. Ces actes étaient accomplis dans

un état apparent d'égarement et le sujet n'en conservait aucun souvenir. De l'examen que je fis alors, je conclus à l'existence d'un état épileptique, et le chef de service, M. P..., demanda et obtint que l'Assistance Publique renvoyât ledit M..., estimant qu'il pouvait être un danger pour le personnel et pour les malades.

M... présente des stigmates de dégénérescence, des malformations faciales et craniennes, une mauvaise dentition et une voûte palatine ogivale. Son attitude et son expression sont celles d'un débile hyperémotif. Son instruction est très faible, il lit difficilement, syllabiquement, et est incapable de résumer un fait divers qu'il vient de lire. Il ne peut dire combien font 4 fois 5, mais dit combien font 5 fois 4, 12 et 13 font 24. Il ne pouvait d'ailleurs apprendre à l'école et dut renoncer à se présenter au certificat d'études.

Dans son enfance, il aurait eu des perversions instinctives, faisant preuve de cruauté à l'égard des bêtes, en introduisant par exemple un bâton dans le « derrière » des vaches. Il lui serait arrivé assez souvent de crier dans les champs sans en avoir conscience. Pendant son service militaire, il aurait eu plusieurs crises convulsives.

M... est non seulement un épileptique débile avec perversion des instincts, mais un malade ayant des troubles de l'humeur et du caractère, comme on en voit souvent chez les épileptiques. Il est, en effet, violent, impulsif, coléreux, fourbe, dissimulé, menteur. Il présente enfin des accidents épileptiques plus graves, crises convulsives auxquelles je n'ai point assisté, mais qui paraissent véritables, absences, vertiges, et surtout ce qu'on appelle les équivalents psychiques de l'épilepsie et dont les faits qui se sont produits à l'hôpital Saint-Antoine sont un exemple typique.

Interrogé sur l'acte qui lui est reproché, l'inculpé confirme point par point ses précédentes déclarations. La fille se disant Madeleine M... aurait été sa première maîtresse, car il n'aurait eu auparavant que deux ou trois rapports sexuels dans des maisons closes. On comprend que dans ces conditions et étant donnée sa grande suggestibilité, il ait cédé sans résistance à la suggestion de sa passagère compagne. Il semble dans toute cette affaire s'être conduit comme un *faible d'esprit*, se laissant dominer par une prostituée de rencontre et ne comprenant pas exactement toute la portée de son acte. Aussi, bien que cet abus de confiance n'ait aucun des caractères d'une impulsion ou d'un équivalent épilep-

tique, est-il tout de même indirectement et dans une certaine mesure la conséquence de l'état mental épileptique.

Mais, ce qui est plus important encore et ce qui doit dicter les mesures à prendre, c'est que l'inculpé a présenté à plusieurs reprises, et présentera encore vraisemblablement, des équivalents psychiques pendant lesquels il est tout à fait inconscient et commet des actes qui peuvent être dangereux pour lui-même ou pour les autres. Cet état nécessite une surveillance continue et un traitement approprié dans un asile d'aliénés.

Observation XXVII

C... a été arrêté le 5 mars 1927 pour avoir partagé avec un nommé R... une somme assez élevée d'argent qui avait été dérobée par ce dernier à sa mère.

Il prétend qu'il ignorait la provenance délictueuse de cet argent; il ne m'appartient d'ailleurs pas d'éclaircir ce point. Quoi qu'il en soit, il a accepté l'argent de R...; il prétend que celui-ci lui avait remis l'argent pour leur permettre à tous deux d'acheter du chocolat qu'ils auraient ensuite revendu comme forains. C'est, en effet, le métier auquel paraît se livrer C... Avec l'argent volé, il a commencé par s'acheter des vêtements, du linge, des chaussures et à faire bombance.

Cet acte lui-même ne présente absolument aucun caractère pathologique, mais l'examen mental est demandé parce qu'il est épileptique et qu'il a eu notamment une crise dans le cabinet du Juge d'instruction.

Examen de l'inculpé

C... se présente très correctement et je ne remarque rien d'anormal dans son attitude.

Il reconnaît avoir accepté l'argent de R... Il a donc agi avec conscience et lucidité.

Mais il est impossible de ne pas tenir compte de son épilepsie. C... est un grand épileptique.

Cette épilepsie provient de la guerre. Il était dans un tank et celui-ci ayant versé dans un trou d'obus, C... s'est dégagé, mais a été le point de mire d'un tir d'artillerie. Il a eu plusieurs blessures, notamment au crâne. Il aurait été trépané, et de ce fait il présente dans la région pariétale gauche une dépression osseuse et une perte de substance. Un mois après, il aurait eu sa première crise.

L'existence de cette épilepsie est indubitable. Il a eu une crise devant le Juge d'instruction et celle-ci n'était pas simulée, d'après ce qu'on m'a dit. Il présente, de plus, un stigmate certain d'épilepsie

sous forme de traces de morsures de la langue et de la joue, dont une toute récente et qui serait due à une crise survenue le matin.

La description qu'il donne de ses crises est typique.

De plus, il serait sujet à des vertiges et à des absences.

C... ne peut plus exercer son métier de mécanicien ; il a été renvoyé de partout à cause de ses crises et de la loi sur les accidents du travail.

Il a essayé de travailler comme manœuvre en s'embauchant de droite et de gauche, mais il n'a pu rester nulle part. De guerre lasse, il a dû faire le camelot.

En résumé, C... est un grand épileptique, mais ce n'est pas un aliéné. Il doit donc répondre d'un acte qui a été commis en dehors d'une crise. Mais son état appelle une grande indulgence, pour les raisons que j'ai dites, sans compter que cette épilepsie est une conséquence directe de sa blessure de guerre.

Observation XXIII

Le nommé F... a été arrêté sur la voie publique pour vagabondage.

Je suis sans domicile depuis plusieurs mois. Je couche dehors ou parfois à la nuit.

Je n'ai aucun argent; je gagne 7 à 8 francs par jour en faisant des corvées pour le compte de M. R..., brocanteur.

Je suis charretier, mais je n'exerce pas cette profession depuis un an et cela parce que mon état de santé m'en empêche. Je suis sujet, en effet, à d'assez fréquentes crises d'épilepsie.

Le commissariat ajoute la note suivante :

Le nommé F... est connu par les gardiens comme simulant des crises nerveuses, à seule fin de se faire admettre à l'hôpital Lariboisière, où habituellement on refuse de le recevoir.

D'autre part, M. R..., brocanteur, est inconnu à l'adresse indiquée par l'inculpé.

En 1918, F... a été confié à un patronage jusqu'à sa majorité pour filouterie et vagabondage.

Le 14 janvier 1928, 8 jours de prison pour vagabondage.

Le 27 décembre 1929, 8 jours pour rebellion à gendarme.

Examen de l'inculpé

Examiné à la Santé, F... représente le type du vagabond. Il est sale, hirsute, les cheveux et la barbe en broussailles, vêtu de loques misérables. Bien qu'agé seulement de 28 ans, il a l'air d'un homme beaucoup plus âgé.

Ce qui frappe tout de suite, ce sont de nombreuses cicatrices de la région temporale droite, dont certaines paraissent récentes, et qui sont tellement confluentes qu'elles ont amené une tuméfaction de toute la région.

Le seul aspect de ces cicatrices qui ne sont pas contemporaines les unes des autres évoque immédiatement l'idée de l'épilepsie.

Leur localisation au même endroit est en faveur de cette ori-

gine, car il arrive fréquemment que les sujets atteints de cette terrible maladie tombent toujours sur le même côté et se blessent au même endroit.

C'est d'ailleurs à cette origine que l'inculpé les attribue.

Enfin, ces cicatrices éliminent toute possibilité de simulations, car elles indiquent des traumatismes très graves dont un simulateur est incapable.

L'inculpé présente également d'autres cicatrices, notamment une vaste cicatrice de brûlure à la jambe droite qu'il dit être consécutive à une chute dans du feu au cours d'une crise épileptique.

La description que donne l'inculpé est conforme à la clinique, et il ne tombe pas dans les pièges tendus aux simulateurs.

Ses crises remonteraient à l'enfance, et il en aurait une en moyenne tous les quinze jours. Elles s'accompagneraient de perte complète de connaissance avec morsure de la langue et urination involontaire.

Il a également des « vertiges et des absences » qui ont la brièveté et la soudaineté caractéristiques d'épilepsie.

« Ça se passe tout d'un coup, dit-il. C'est comme si j'allais avoir une crise, mais cela se passe. »

D'autres preuves confirment l'existence de cette épilepsie, notamment un certificat de réforme que j'ai eu sous les yeux et où on le reconnaît atteint de crises nerveuses ; cette affection n'étant pas imputable au service, mais antérieure à lui et définitive.

En conséquence, il est réformé N° 2 sans pension.

L'inculpé a été soigné à plusieurs reprises pour sa maladie et on lui a donné du bromure et du gardenal.

Mais, faute d'argent, il n'a pu acheter régulièrement ses médicaments et nous savons que la suppression brusque du gardenal peut aggraver sensiblement la maladie.

Cette terrible infirmité constitue un empêchement majeur à travailler, notamment à exercer le métier de charretier.

Aucun employeur ne peut garder un ouvrier atteint d'épilepsie, et ces malheureux sont arrêtés pour vagabondage, car ils sont réduits à travailler de gauche et de droite quand ils le peuvent.

Observation XXIX

Le 1^{er} décembre 1929, un gardien de la paix a été requis par le chef de gare de la station du métro Les Lilas, parce qu'un individu était sur le quai de cette station coiffé d'une casquette et vêtu d'une veste d'employé de métro.

Cet individu sommeillait sur un banc et paraissait pris de boisson.

Ce veston et cette casquette étaient la propriété d'un employé du métro à qui on les avait dérobés quelques jours auparavant dans le vestiaire.

On a d'ailleurs trouvé dans les poches de ce veston des papiers au nom de son légitime propriétaire et des objets lui appartenant.

Pourtant, malgré ces faits, B... prétend avoir acheté ces vêtements à un brocanteur. « Le bon sens, ajoute-t-il, indique que si j'avais volé ces vêtements qui sont caractéristiques, je ne serais pas venu ce matin les exhiber dans la station même où le vol a été commis. »

Accompagné d'un inspecteur, l'inculpé s'est rendu chez le brocanteur R... Celui-ci reconnaît qu'il a déjà fait plusieurs petites affaires avec R..., mais qu'il ne lui a jamais vendu ce veston et cette casquette.

Enfin à la place des vêtements volés, dans le vestiaire des employés du métro, on a trouvé des vêtements sordides appartenant à l'inculpé et dans lesquels il y avait des papiers à son nom.

Malgré ces faits qui paraissent constituer une évidence, l'inculpé continue à affirmer qu'il n'a pas volé.

B... a également été trouvé porteur de papiers d'identité appartenant à M. B..., qui précisément travaillait avec lui à une blanchisserie.

Le soi-disant B... a donné une fausse identité. Il a, en effet, été identifié sous le nom d'A... Henri-Louis.

Il a un casier judiciaire extrêmement garni. Seize condamnations avant 1924 et cinq condamnations depuis 1924. Presque toutes ces condamnations pour vols, et en général à deux ou trois mois de prison.

Malgré l'identification formelle du service de l'identité, il a continué à prétendre qu'il s'appelait bien B...

Il a déclaré qu'il s'était évadé de l'asile de Clermont.

Or, une enquête faite à cet asile révèle qu'un nommé A... ne s'est pas évadé, mais a été remis en liberté le 13 novembre 1929. Cet A... portait comme signe caractéristique un tatouage à l'avant-bras droit des lettres A. et H. Or, ce tatouage existe sur l'avant-bras droit du soi-disant B... qui, par conséquent n'est autre qu'A...

Il a donc bien été interné dans un asile d'aliénés et il en est sorti tout récemment.

Examen de l'inculpé

L'inculpé se présente avec une attitude extrêmement craintive, se protégeant la face avec le bras, comme s'il avait peur de recevoir des coups.

Il m'explique qu'il a, en effet, été battu par le personnel de l'asile de Clermont et par les policiers.

Il me répète les nombreux mensonges qu'il a déjà faits à la police et à l'instruction.

Mais cependant, avec un peu de peine, il est vrai, j'arrive à lui faire avouer qu'il s'appelle réellement A... Mais il déclare qu'on l'appelait aussi couramment B..., et que c'est sous ce nom qu'il travaillait.

Après m'avoir assuré qu'il avait acheté le veston et la casquette, il reconnaît que ce n'est pas exact et qu'il ne les a pas achetés. Mais il prétend ne pas comprendre comment il a volé ces vêtements. Il est vraisemblable qu'il était plus ou moins en état d'ivresse, puisqu'au moment de son arrestation il est signalé comme étant pris de boisson.

A... s'étant dit B... reconnaît qu'il a encouru un grand nombre de condamnations pour vols.

Il invoque comme excuse l'épilepsie dont il serait atteint.

Il déclare que depuis son enfance, il est sujet à des crises épileptiques, qui l'empêchent de trouver un travail régulier.

« Aussitôt qu'il me prend une crise, dit-il, on me renvoie. Je suis obligé d'aller chercher du travail ailleurs. Je fais n'importe quoi... ce que je trouve... des corvées dans les marchés, dans les usines. Mais nulle part on ne me garde, à cause de mes crises. »

Bien que je n'aie pas assisté personnellement à une crise épileptique, l'existence de celle-ci me paraît très vraisemblable.

La description qu'il en donne est conforme à la clinique et paraît sincère. Cet homme, qui par ailleurs est un grand débile, connaît probablement pour les avoir pris les principaux médicaments antiépileptiques. Il connaît également les dispensaires et les noms des médecins spécialisés dans l'épilepsie.

Enfin il présente quelques petites cicatrices du front, du crâne, qui seraient la conséquence de chutes, et des cicatrices de morsures de la langue.

Il déclare également avoir des vertiges et des absences.

Enfin il aurait commis quelques fugues inconscientes. †

Je rappelle aussi qu'il était, il y a quelques semaines, en traitement dans un asile d'aliénés.

Indépendamment de son épilepsie, A... présente une débilité mentale assez accentuée, avec puérilisme, larmoiement, aspect craintif.

C'est, de plus, un alcoolique qui présente du tremblement très accusé des mains et des doigts, de la langue, des crampes musculaires, des cauchemars, des pituites.

Les pupilles réagissent normalement et l'on ne constate pas de signes objectifs de lésion organique du système nerveux.

Observation XXX

Le jeune S... Armand a été arrêté à 10 h. 30, le 3 novembre, dans la station du métro de Saint-Denis, alors qu'il y stationnait sans but défini avec un camarade.

Interpellé il a déclaré être sans travail, sans ressources et sans domicile. Il a déclaré avoir quitté Toulouse le 2 novembre pour venir chercher du travail à Paris. Il déclare avoir quitté ses parents avec leur consentement et ajoute qu'il a dépensé tout l'argent qu'il possédait pour payer son voyage.

Examen de l'inculpé

J'ai examiné deux fois le jeune S... à la Roquette, d'abord pour l'examen médico-psychologique des mineurs, et ensuite à titre d'expert.

La première fois, bien que je n'aie pas eu la confirmation officielle de ses crises épileptiques, j'avais néanmoins conclu à la très grande vraisemblance de cette maladie et j'avais proposé le renvoi de cet enfant auprès de son père.

Cet enfant m'avait, en effet, donné l'impression d'être réellement atteint d'épilepsie et d'être, par ailleurs, un enfant intelligent, honnête, aucunement pervers.

Comme il est épileptique depuis des années, qu'il est néanmoins capable de vivre en liberté et de gagner sa vie, comme il paraît être surveillé et soigné par son père, cette mesure me paraissait s'imposer.

Depuis, des faits nouveaux se sont produits, qui n'ont pu que confirmer ma première opinion.

En effet, des crises épileptiques ont été constatées par le D^r de Fresquet, enquêteur social, à la prison de la Roquette.

Le dimanche 10 novembre, ce docteur l'a trouvé en pleine crise d'épilepsie. Le lendemain il l'a trouvé plus calme, a semblé comprendre les questions et y a répondu.

« En conséquence, dit M. de Fresquet, je pense qu'il serait bon

de faire examiner tout de suite cet enfant, afin de prendre des mesures pour le faire soigner avant de le rendre à sa famille. »

En même temps est arrivée une lettre du père demandant à ce qu'il soit rendu au plus tôt.

« Il est parti de chez moi, écrit-il, et regrette son moment d'absence, d'après la lettre qu'il nous adresse ce jour... De plus, étant atteint depuis l'âge de 7 ans de crises nerveuses et traité au Gardenal, il serait préférable qu'il soit vite de retour, car on lui a supprimé à la maison de correction le tube de Gardenal qu'il avait en poche, et son escapade est tout simplement due à son état nerveux.

Cette lettre montre que le père s'intéresse à son enfant, désire qu'il se soigne et comprend intelligemment la situation.

Interrogé sur sa fugue, le jeune Armand reconnaît qu'il est parti de chez son père sans sa permission. Il y avait eu une remontrance du père, pas bien grave d'ailleurs, et, dans un coup de tête en rapport avec son état nerveux, cet enfant est parti.

Il a entraîné un camarade et ils sont venus tous les deux à Paris. Ils ont cherché du travail, mais n'en avaient pas encore trouvé lorsqu'ils ont été arrêtés pour vagabondage.

Le jeune S... regrette son acte. Il déclare qu'il est très bien traité par son père et qu'il a eu grand tort de partir pour une petite discussion. Mais il est très impulsif et il a cédé à un brusque mouvement irréflecti.

Il est fils légitime, mais orphelin de mère.

Il a fait d'excellentes études, a passé son certificat, puis a fait deux ans d'études complémentaires. Il travaille comme électricien à Toulouse, habitant chez son père.

C'est un garçon très intelligent, paraissant foncièrement honnête.

Je n'ai pu trouver chez lui aucune trace de perversion.

Il travaille régulièrement, il n'a pas de mauvaises fréquentations.

Il occupe ses loisirs à faire du sport.

Cet enfant dégage une impression de très grande honnêteté et inspire de la sympathie.

Dès mon premier examen, il m'a dit qu'il avait des crises, et bien que je n'aie pu alors en avoir la confirmation matérielle, je l'ai cru entièrement.

Il aurait des crises depuis l'âge de 7 ans. Peut-être sont-elles

dues à une chute qu'il fit de son berceau sur la tête quand il était tout petit.

Ces crises se présentent sous un aspect un peu particulier et réalisant le type de l'épilepsie Bravias-Jacksonienne.

Il éprouve d'abord des troubles subjectifs qui durent plusieurs heures, qui débutent par le bras et qui restent localisées au côté gauche. Puis du bras, ces troubles s'étendent au membre inférieur et à la face, en restant toujours du côté gauche. Il éprouve des fourmillements, de l'engourdissement et une légère parésie. Puis apparaissent des secousses cloniques auxquelles il assiste, car il reste présent au début de la crise. Ces secousses débutent par le bras gauche et y restent parfois localisées.

Il ne perd pas connaissance. Mais si les crises s'étendent et se généralisent à tout le côté gauche, puis à tout le corps, il tombe sans connaissance et ne sait plus ce qui se passe.

Il ne peut m'indiquer que très approximativement la fréquence de ces crises. Une environ tous les trois mois.

Les unes ont des crises partielles, sans perte de connaissance ; les autres ont des crises généralisées, avec perte complète de connaissance et amnésie consécutive.

En plus, il aurait des vertiges et des absences.

Enfin, comme beaucoup d'épileptiques, il est un peu nerveux, impressionnable, irritable et surtout très impulsif. C'est ce qui explique et excuse son départ précipité de Toulouse.

A mon premier examen je n'ai pu constater de cicatrice de morsures de la langue, bien qu'il m'ait dit qu'il s'était mordu plusieurs fois. Mais ces cicatrices sont souvent impossibles à constater.

Je me suis immédiatement informé de savoir s'il prenait régulièrement du Gardenal et s'il continuait à en prendre à la Roquette. Il m'a répondu qu'il prenait effectivement très régulièrement son Gardenal, mais que depuis qu'il était en prison on lui avait enlevé son tube.

Je suis allé immédiatement demander personnellement au directeur de lui donner du Gardenal. Le directeur m'a promis que cela serait fait, et je ne doute pas qu'il en ait été ainsi.

Ayant fait ces constatations, j'ai conclu à la nécessité de renvoyer cet enfant auprès de son père, puisqu'il est déjà épileptique depuis des années et que son père s'occupe de lui.

Lors de mon deuxième examen, j'ai constaté un profond changement dans l'état physique et mental de ce mineur.

Alors que la première fois il paraissait en bonne santé et tout à fait normal au point de vue psychique, je l'ai trouvé très amaigri, très fatigué, très abattu.

C'est qu'entre temps il avait eu plusieurs crises épileptiques.

Celle du dimanche 10 novembre a été anormalement intense et il ne se rappelle pas en avoir eu d'aussi grave. Pendant 48 heures, il a été obnubilé, plus ou moins confus, ne se rendant pas compte de la fuite du temps et de ce qui se passait autour de lui.

De plus, il a encore eu une crise la veille de mon examen, dans la nuit du 15 au 16.

Son esprit était encore assez obnubilé, et en tout cas beaucoup moins éveillé qu'à mon premier examen.

Ce mineur m'a déclaré qu'il avait faim. De nouveau je suis allé voir le directeur de la Roquette qui, devant moi, a donné des ordres pour qu'on alimente davantage cet enfant.

J'ai demandé s'il était possible qu'on l'envoie à l'hôpital des Enfants Malades ; le directeur m'a répondu que c'était contraire au règlement et qu'on ne pouvait prendre cette décision qu'en cas de grave danger. J'ai demandé alors qu'il soit envoyé à l'infirmerie de Fresnes où il sera dans des conditions matérielles meilleures.

Observation XXXI

Le nommé T... Lucien, 16 ans, a été trouvé errant le 12 janvier, boulevard de la Gare, et il a été arrêté pour vagabondage.

Il a déclaré que son beau-père S... Charles l'avait chassé de chez lui depuis 4 mois environ, et que depuis cette date il avait travaillé, sauf depuis 8 jours, ayant été congédié de la biscuiterie où il était employé. Il reconnaît qu'il se trouve sans travail, sans domicile, sans ressources.

Le beau-père, convoqué au commissariat, a déclaré que son beau-fils était un fainéant et qu'il n'avait jamais pu faire quelque chose de lui.

Il a été placé au patronage Rollet, d'où on l'a renvoyé pour crises d'épilepsie. Ensuite il n'a jamais pu rester plus de quelques jours dans une même place.

Son beau-père l'a mis en demeure de trouver du travail ou de s'en aller.

Au bout de quinze jours, l'enfant n'ayant pas trouvé de travail serait parti de lui-même.

Le beau-père ne peut ni ne veut le reprendre avec lui.

Les renseignements de police pris sur le jeune inculpé sont franchement mauvais et on le représente comme un fainéant.

Le secrétaire général du patronage Rollet écrit que sa conduite a été satisfaisante, mais qu'il était, malheureusement, sujet à des crises d'épilepsie fréquentes qui ont motivé son retour dans sa famille le 22 juillet 1926.

Depuis cette époque, le patronage ne sait ce qu'il est devenu.

Examen de l'inculpé

Le jeune T..., ainsi que l'a noté le Directeur de la Roquette sur une fiche, « fait la meilleure impression... Il paraît un gamin timide et son émotion paraît sincère... Sa situation mérite quelque attention... »

On ne saurait mieux dire et cette opinion est entièrement partagée par moi.

Le directeur de la petite Roquette me dit que le jeune et malheureux inculpé a eu une crise d'épilepsie à la prison.

T... a l'air d'un pauvre garçon et son attitude est celle qu'on appelle vulgairement d' « un chien battu ».

Il est doux, timide, émotif et paraît attendre un geste ou un mot de pitié et d'encouragement.

Mais quand on l'interroge ou quand on lui commande de faire tel ou tel mouvement, ou d'écrire, on se heurte à une désespérante lenteur. Et on comprend que des membres de sa famille ou des patrons, peu patients et peu compétents en psychologie, aient pris pour de la fainéantise et du mauvais vouloir cette extraordinaire lenteur, cette « viscosité mentale ».

Les réponses aux questions sont lentes, difficiles, monotones, hésitantes, parfois presque impossibles.

Les mouvements, les gestes spontanés ou commandés sont extrêmement lents et ne peuvent être mieux comparés qu'à ce qu'on appelle en cinéma « le ralenti ».

Mais si l'on est armé de patience, on se rend compte que cette extraordinaire lenteur ne correspond pas à une débilité mentale aussi profonde qu'on pourrait le croire *a priori*.

Son instruction est insuffisante, mais pas autant qu'on pourrait le croire à une première impression. Il lit avec une extrême lenteur, mais il comprend ce qu'il a lu. Quant à l'écriture, la lenteur est invraisemblable et il fait chaque lettre minutieusement, s'y reprenant plusieurs fois, revenant même en arrière pour compléter ou parfaire son écriture.

Il peut faire quelques calculs simples, et il a quelques notions d'histoire et de géographie. Prié de citer les principaux fleuves de la France, il nomme la Seine, la Loire, le Rhône et la Garonne.

Mais si abandonnant la plus extrême patience, on l'interroge avec brusquerie, il ne peut plus rien dire et se trouble.

Il est certain que cette lenteur psychique et psychomotrice l'a fait considérer partout comme un fainéant, alors que sa bonne volonté est certaine. C'est une des raisons pour lesquelles il a été renvoyé de plusieurs places.

Une autre cause de renvoi a été ses crises d'épilepsie. Celles-ci sont signalées comme fréquentes par le patronage Rollet, et il aurait eu une crise récente à la Roquette. La description qu'il donne de ses crises est typique. Une fois, pêchant à la ligne, il serait tombé, du fait d'une crise, dans la Seine.

Au point de vue physique, l'aspect général est celui d'un débile mental avec quelques symptômes objectifs de lésion du système nerveux.

Observation XXXII

Le 10 novembre 1928, le nommé R... Gaston a été arrêté à 20 h. 30, boulevard de Clichy, en état d'ivresse manifeste. Il criait très fort, injurait et menaçait les promeneurs et refusait de circuler.

De plus, il était d'infraction à un arrêt d'interdiction de séjour. Il était également sans ressources, sans profession et sans domicile.

Interrogé, il répond qu'il est sorti de Fresnes le 14 octobre et que, depuis, il a couché dans divers endroits. Il n'a pas de moyen d'existence et il est sans travail. Il se sait interdit de séjour.

« Si je n'avais pas été arrêté pour ivresse, dit-il, je me serais constitué prisonnier, car je n'ai pas de moyens d'existence.

...J'ai des crises d'épilepsie... J'ai des absences de mémoire, des accès de nervosité intense. Souvent je ne sais ce que je fais. Je demande à être examiné au point de vue mental, afin d'être secouru et soigné. »

Le casier judiciaire de l'inculpé est extrêmement chargé, puisque depuis 1924 il a encouru 13 condamnations pour vagabondage, ivresse, métier de souteneur, défense à interdiction, outrages, coups et blessures, bris de clôture.

Examen de l'inculpé

Examiné à la Santé, l'inculpé se présente correctement et ne donne aucunement l'impression d'être un aliéné.

Tout de suite il insiste sur l'épilepsie dont il se prétend atteint. « La nuit je me lève, dit-il, je crie, mais je ne me rappelle pas. Ce sont les camarades qui me le disent. Ça m'est arrivé cette nuit dans ma cellule. Dernièrement j'étais à la maison, j'ai frappé mon père et ma mère, mais je ne me le rappelais pas. C'est mon frère qui me l'a dit... Par moment, je tombe raide, sans connaissance... Je tombe par terre et je ne sais pas ce qui se passe. Je me suis plusieurs fois mordu la langue. Une fois j'ai été conduit à l'hôpital Beaujon. »

Bref, l'inculpé se dit épileptique et décrit d'une part des crises convulsives, d'autre part des absences.

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ces allégations.

En ce qui concerne son inculpation actuelle, il reconnaît les faits et déclare que le jour de son arrestation il était ivre.

« Je ne peux pas me retenir, dit-il, et il faut que je boive. »

Il se savait interdit de séjour, mais il n'avait pas assez d'argent pour quitter Paris, dit-il.

Le *curriculum vitae* de R... est très simple, car il a passé la plus grande partie de sa vie en prison.

Il est né à Clichy, en mars 1900. Ses parents seraient vivants et un frère se serait suicidé il y a un an. Il a peu fréquenté l'école et n'a pas passé son certificat. Il sait néanmoins lire, écrire et compter. Dans l'enfance, il aurait commis des fugues.

Dès l'âge de 15 ans il est envoyé en maison de correction. Depuis il n'a pour ainsi dire pas quitté la prison, ayant accumulé condamnations sur condamnations.

L'examen psychiatrique ne révèle l'existence d'aucun signe de démence ou d'aliénation. Il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel, pas de délire, pas d'hallucinations, pas d'excitation ou de dépression. Il n'y a pas non plus d'arriération mentale proprement dite.

L'examen physique ne montre aucun symptôme objectif de lésion du système nerveux.

L'inculpé déclare qu'il a eu la syphilis avec chancre et roséole il y a trois ans et qu'il a été soigné par des piqûres en prison. Il prétend que ses crises d'épilepsie datent de cette époque.

TROISIÈME PARTIE

ASPECT MÉDICO-LÉGAL DU PROBLÈME
DE L'ÉPILEPSIE

CHAPITRE PREMIER

LES FORMES MÉDICO-LÉGALES DE L'ÉPILEPSIE

Après avoir exposé, dans les précédents chapitres, notre manière de concevoir les manifestations psychiques de l'épilepsie, aussi bien pendant les paroxysmes que dans leurs intervalles, nous nous limiterons désormais aux actes antisociaux des épileptiques. Nous avons pensé pouvoir conclure, dans les pages précédentes, que l'état mental des épileptiques en crise présente des analogies avec leur fond mental inter-paroxystique. Nous pensons que l'on peut déduire, avec quelques chances de succès, le contenu de leur automatisme en partant du fond mental. Néanmoins, pour la clarté de l'exposition, nous croyons nécessaire de séparer les actes antisociaux de ces malades en actes commis en crise et en actes exécutés sans paroxysme épileptique. Après avoir exposé ainsi, d'une façon analytique, ces deux ordres de faits, nous reviendrons sur notre idée et nous montrerons que des liens très étroits unissent ces deux catégories de manifestations. Dans ce chapitre, nous nous bornons à une description pure et simple, telle qu'on peut la faire à la suite des auteurs qui se sont occupés de la question, comme Legrand du Saulle, V. Parant, Cestan, A. Ceillier, etc. Nous faisons ici abstraction de toutes les critiques qui ont pu être formulées à propos de la nature épileptique de ces actes, de leur signification médicale, psychologique ou juridique. Ces considérations feront l'objet des chapitres suivants.

a) *Actes antisociaux commis pendant une crise.*

Ces cas constituent encore l'éventualité la moins difficile à juger au point de vue médico-légal. Si l'acte porte le cachet de l'automatisme épileptique (ce qui n'est pas toujours le cas, comme nous aurons l'occasion d'y revenir encore très longuement), l'épi-

lepsie est reconnue, et de ce fait l'état de responsabilité du sujet aisément apprécié.

En réalité, dans les actes paroxystiques criminels ou délictueux, il y a toute une gamme de faits allant du simple au complexe, aussi bien du point de vue de la nature des actes que du point de vue de la tâche du médecin-expert. A un premier degré, il n'y a pas d'acte proprement dit. L'équivalent épileptique se borne à des manifestations négatives : c'est l'absence sans automatisme. Cette suspension de la conscience, de durée variable, peut néanmoins entraîner une appréciation juridique fâcheuse. C'est le cas cité par Duponchel, de sentinelles perdant conscience, pendant la guerre, devant les lignes ennemies ; c'est encore le cas du douanier, cité par Chantemesse et Widal, qui laisse passer de la marchandise en contrebande pendant une absence épileptique. Ce sont enfin les possibilités de graves accidents d'automobile, le chauffeur perdant la conscience. Il n'y a pas d'acte antisocial proprement dit dans ces cas-là. Tout se borne à des phénomènes négatifs que nous avons attribués à l'inhibition d'un ou de plusieurs centres, sans que cette inhibition libère des centres inférieurs d'automatisme.

A un degré de plus, il y a bien un automatisme, mais il constitue des actes d'une telle incohérence, d'une telle bizarrerie que leur caractère pathologique ne peut faire de doute. Ce sont de ces cas qui ne ressemblent pas à des actes délictueux ou criminels exécutés par des individus normaux. Ils sont d'ailleurs difficiles à classer au point de vue pénal. Tantôt il s'agit de gestes que l'on peut grossièrement qualifier de vol (par exemple, les observations III et VI), mais en réalité il n'y a aucun motif valable, l'exécution dénote une absence complète d'*intention*.

Nous insistons volontairement sur cette notion de l'intention. La plupart des actes criminels et délictueux sont exécutés dans un but plus ou moins précis, avec une intention plus ou moins apparente. L'absence d'intention n'est évidemment pas un caractère distinctif entre l'acte anti-social exécuté par un sujet normal et entre celui qui est exécuté par un individu irresponsable, dans notre cas par un épileptique. Mais la notion de l'intention établit une limite entre deux catégories d'actes des épileptiques. Dans la première catégorie se rangent les actes dont nous avons parlé jusqu'ici. Il s'agit là de gestes qu'un observateur objectif rangera évidemment parmi les actes antisociaux, mais qui ne le sont qu'en apparence ; le malade commet un crime ou un délit, pour ainsi dire par accident.

Une impulsion irrésistible le pousse, par exemple, à s'asseoir près du volant d'une voiture; ce geste surpris par les agents est interprété comme un vol. La distinction entre les gestes commis avec intention et les gestes antisociaux accidentels devient capitale quand on voit que la majorité des crimes commis par ces malades sont au contraire intentionnels. Il est entendu, d'après ce que nous avons dit dans la première partie de notre travail, que cette intention ne peut être identifiée avec ses tendances normales. L'intention criminelle n'émane pas du psychisme apparent de l'épileptique; c'est pour rester fidèle à la conception que nous avons exposée plus haut, une « intention seconde ».

Dans la première catégorie de cas, le malade commet un acte qui, au point de vue juridique, est antisocial, mais qui ne l'est, en réalité, que par notre interprétation. Le geste n'exprime pas une intention morbide du malade de commettre un crime ou un délit.

Nous reconnaissons qu'il y a tous les intermédiaires entre les actes dits accidentels et les actes intentionnels. Ainsi, pour la plupart des vols épileptiques, on ne sait pas si le malade vole parce qu'il désire vraiment un objet qui ne lui appartient pas, ou bien sans aucun motif. Il y a des observations pour les deux sortes de vols. Legrand du Saulle cite le cas d'un jeune homme riche, comblé par la fortune de tous les points de vue, qui, à chaque crise, se fait arrêter par la police. On retrouve alors sur lui un grand nombre d'objets volés dans les magasins où il a passé, objets que sa fortune lui permettrait d'acheter très aisément et qui, du reste, n'ont aucune utilité pour lui. D'un autre côté, fréquents sont les cas où le malade vole pendant la crise des objets qu'il a convoités auparavant. S'il a exprimé ce désir devant d'autres personnes, on comprend toute la difficulté d'établir sa responsabilité. Cette complexité des actes commis pendant l'état second épileptique s'explique par les notions que nous avons développées tout au long de la première partie de notre travail; nous n'y reviendrons pas.

Aussi difficile est la distinction entre l'élément intentionnel et l'élément accidentel dans les attentats à la pudeur. S'il y a des malades qui sont exhibitionnistes dans le sens propre du terme, d'autres ne font qu'obéir à une envie impérieuse d'uriner. En soi, la satisfaction de ce besoin n'a rien de délictueux, ni d'anormal. Le délit commence au moment où le malade, en raison de l'affaiblissement du contrôle supérieur, satisfait à son besoin n'importe où il se trouve. Ainsi ce monsieur respectable, cité par Legrand du

Saulle, qui, ayant été pris d'une crise épileptique dans un compartiment de chemin de fer, urine sur les genoux de la petite fille qui se trouve être assise devant lui. Nombreux sont les cas analogues publiés : Trousseau parle d'un magistrat qui, en pleine séance de tribunal, se lève et va uriner dans un coin de la salle; Mottet cite un malade qui a uriné dans un guichet de gare. Si le contenu de l'équivalent épileptique est très souvent de nature érotique, cet érotisme ne se manifeste qu'exceptionnellement par un véritable viol. Les cas de viols épileptiques sont très rares.

Les actes antisociaux accidentels peuvent dépendre encore d'une fugue, tels les cas de désertion en temps de guerre ou les cas d'abandon du foyer conjugal.

Somme toute, les délits accidentels des épileptiques, tels que nous les avons définis, se bornent à des négligences, à certains types de vols, d'attentats à la pudeur, et à des désertions. La majeure partie des actes antisociaux épileptiques, comme nous l'avons déjà dit, porte la marque d'une intention criminelle ou délictueuse émanant de cette personnalité seconde que nous révèle chez ces malades l'état paroxystique. D'après ce que nous avons dit plus haut sur cette personnalité seconde, il semble naturel que le contenu des équivalents épileptiques soit souvent à tendances antisociales. D'après ce que nous dirons plus loin à propos de la situation sociale habituelle de ces sujets, on comprendra sans peine qu'il s'établit chez eux une sorte de cercle vicieux : à la suite de leurs crises, la plupart d'entre eux se trouvent en conflit avec la société dont la haine accumulée dans leur fond mental se décharge périodiquement au moment des paroxysmes.

Nous n'insistons pas sur les vols intentionnels au moment des crises, vols qui ne sont presque toujours que la réalisation d'un désir refoulé à l'état interparoxystique. La pyromanie, citée par Legrand du Saulle, par Mottet, etc., n'est, selon notre conception, que l'extériorisation pendant les crises d'un fond débile, pervers, qui reste caché pendant l'intervalle des crises.

Nous insisterons davantage sur la violence pouvant aller jusqu'à l'homicide, actes qui nous semblent tout à fait caractéristiques de la mentalité épileptique et qui nous montrent une fois de plus les liens étroits qui unissent l'état interparoxystique au psychisme qui se manifeste pendant la crise. Ces actes sont fréquents parmi nos observations (I, II, V, XIII, XXVI); nous retiendrons surtout l'observation XIII, comme tout à fait typique. Il nous

semble tout à fait possible d'interpréter cette observation de la façon suivante. Le malade entre en crise pendant une querelle, l'état de crise lui permet de réaliser le désir de tuer son adversaire, ce qui se produit en effet. Le commencement des violences se fait en pleine lucidité, — en réalité déjà en voie d'éclipse, — mais le meurtre n'est commis qu'après disparition complète de la conscience normale. Nous pouvons dire que cette série de voies de faits allant d'une simple querelle jusqu'à l'homicide est sous la dépendance étroite de cette irritabilité spéciale des épileptiques sur laquelle nous avons déjà insisté. Dans certains cas, comme par exemple l'observation XIII, citée plus haut, il s'établit une sorte de cercle vicieux très curieux : une stimulation d'origine externe ou interne provoque la crise, celle-ci permet de réaliser l'acte dont le désir a été la cause pour le moins occasionnelle de la crise. Si nous rapprochons le meurtre commis dans l'observation XIII à ce qui se passe dans certains attentats à la pudeur, nous voyons encore plus clairement la succession des phénomènes. Le malade éprouve une envie d'uriner ou une excitation génésique intense, ce qui déclenche la crise ; une fois en crise, l'idée provocatrice s'isole dans le psychisme du sujet, finit par l'envahir en entier, ce qui rend la réalisation plus facile.

Au point de vue social, on conçoit toute la gravité de ces actes pouvant amener l'épileptique à tuer le passant le plus inoffensif. Il nous semble inutile d'insister sur la nécessité des mesures de préservation en face de la possibilité et la trop fréquente réalité de ces faits. Nous y reviendrons encore.

D'un autre côté, comme l'a montré Ducosté, l'épileptique peut avoir des impulsions de suicide ou d'automutilation. Si l'attitude de la médecine en face du suicide réfléchi et pour ainsi dire « motivé » a pu être discutée, il n'y a pas de doute possible qu'il est en notre devoir d'empêcher ces suicides impulsifs, pathologiques, que le malade commet malgré lui, comme en témoignent les observations de Ducosté sur des impulsions suicides conscientes des épileptiques. Ces malades se rendent compte qu'une impulsion irrésistible les pousse à commettre un acte que leur conscience réprouve et combat.

b) *Actes antisociaux commis pendant l'intervalle des crises.*

Nous insisterons davantage sur ces cas, beaucoup plus discutables, mais non moins réels. Ils offrent des difficultés d'expertise

à cause de l'absence de rapport avec les crises, l'absence fréquente des caractères de l'acte épileptique et à cause de leur polymorphisme. En effet, dès l'abord il nous faudra distinguer, d'ailleurs assez schématiquement, des actes liés aux troubles psychiques permanents des épileptiques et des actes qui en sont indépendants. Parmi les premiers nous serons obligés de ranger des faits assez disparates au point de vue psychiatrique. Presque toujours les épileptiques sont, en dehors de leur infirmité, des débiles, des dégénérés, des arriérés. Ces états servent de base où bien coexistent simplement avec leur épilepsie. Nous ne discuterons pas leurs rapports. D'autre part, leurs troubles psychiques permanents peuvent être les conséquences de leur épilepsie. Nous ne revenons pas sur cette distinction établie déjà plus haut. Dans la deuxième catégorie d'actes nous rangerons, d'après M. Ceillier, d'une part, les délits liés à l'inadaptabilité sociale des épileptiques, d'autre part les délits de nécessité.

Parmi nos observations, la première catégorie est représentée par les cas nos X, XI, XII, XVIII, XIX, XXI, XXIV. Nous n'insistons pas sur la part de l'épilepsie dans les troubles mentaux qui sont à la base des actes commis dans ces cas. Il est évident que le coupeur de nattes de l'Observation n° XII est en même temps qu'un épileptique, avant tout un dégénéré ; il en est de même de la femme qui a commis une tentative d'homicide sur son amant parce qu'elle croyait être enceinte (Obs. n° XI).

Nous voudrions insister sur un point particulier qui, que nous sachions, n'a été montré jusqu'ici par aucun auteur : le phénomène que nous appelons *l'entraînabilité* des épileptiques. Comme on en voit des exemples dans les observations XVIII, XIX, XXVI et XXVII, les épileptiques commettent souvent des délits sous l'influence de leur entourage. Cette faiblesse de volonté, cette facilité de subir des influences nous semble être en rapport étroit avec la particularité du psychisme de ces malades. Nous avons vu plus haut que ce que l'on appelle la viscosité mentale s'étend également sur le terrain affectif. L'attachement particulier à une personne, qu'a noté Mme Minkowska dans sa description de la constitution épileptoïde, pourrait fort bien se manifester sur le terrain criminel par la facilité de subir des influences mauvaises. On note parmi les caractéristiques de l'acte antisocial épileptique l'absence de complices. Dans les observations précitées nous voyons qu'il y a un complice (XVIII, XIX, XXVI), ou bien alors, comme dans

l'observation XXVI, le malade subit l'influence d'une prostituée pour laquelle et sous l'instigation de laquelle il commet le détournement. Nous voulions simplement montrer ce petit point particulier sans en tirer aucune conclusion.

En dehors de cette entraîabilité, nous distinguerons avec M. Ceillier des actes dus à des troubles de l'intelligence, à des troubles de l'humeur et à des troubles du caractère et du sens moral. Parmi les faits où les troubles de l'intelligence jouent le premier rôle, nous citons surtout l'observation XXXI. Le jeune malade affligé d'une bradypsychie extrême s'est vu traiter de fainéantise, de paresse par ses parents qui n'ont pas compris que sa lenteur était en rapport avec son épilepsie.

Nous ne revenons pas sur les délits et les crimes que peuvent commettre des épileptiques à cause des troubles de l'humeur. Leur irritabilité, leur impulsivité les expose à chaque instant à des crises de colère dangereuses au moment de la moindre provocation. Nous citerons comme exemple notre observation XX. L'attitude de l'expert est bien difficile à préciser dans ces cas-là. M. Rogues de Fursac est partisan d'une sorte de responsabilité atténuée, car « le sujet est susceptible de tirer profit de la leçon que lui donna la justice, et il est nécessaire que la leçon lui soit donnée, car on ne peut le laisser sous l'impression que, parce qu'il est irritable, il peut se permettre toutes les violences ». Ce principe peut être dans certains cas, mais bien souvent il sera difficile de juger le degré de la provocation et de colère que celle-ci aura suscitée. M. Ceillier pense que ces cas sont typiques pour montrer le besoin urgent d'une assistance spéciale pour épileptiques.

Quant aux actes relevant des troubles du caractère et du sens moral, ceux-ci ne peuvent être nettement mis sur le compte de l'épilepsie que dans les cas acquis, comme les épilepsies traumatiques. Basé sur la notion de contraste avec l'état antérieur, ces troubles du caractère ont pu être étudiés ; nous reproduisons ici l'opinion de M. Ceillier à ce sujet : « la plupart des troubles du caractère des épileptiques sont marqués au coin de l'impulsivité : absence de suite dans les idées, emballements extraordinaires, passions subites, idées saugrenues (comme de déranger les pompiers), accès inexplicables de tristesse et de gaieté ; crises soudaines de mysticisme ou d'érotisme. »

Si l'on examine de près ces sujets qui présentent des troubles marqués du caractère et du sens moral, qui se livrent à des actes

délictueux, on se rend compte qu'ils ne ressemblent aucunement à des pervers constitutionnels ou à des malfaiteurs ordinaires. Ils sont capables de bons sentiments, de générosité (souvent extrême, paradoxale), de remords, d'affection sincère ; de telle sorte qu'il est faux de dire que ce sont seulement des hypocrites, des égoïstes, des menteurs, des êtres malfaisants. Certains personnages de Dostoïewski présentent d'une façon caractéristique des excès, à la fois, dans le bien et dans le mal.

Parmi nos observations, les n^{os} X, XXI et XXV sont tout à fait typiques à ce point de vue-là. Il semble à l'heure actuelle indiscutable que ces altérations du caractère et du sens moral sont de nature pathologique. Cette notion doit, dans l'avenir, dicter l'opinion sur la responsabilité de ces sujets. Nous y reviendrons prochainement.

Pour nous résumer nous pouvons dire que les actes antisociaux commis par les épileptiques en dehors de leurs crises sont très nombreux, beaucoup plus nombreux que ceux qu'ils commettent en crise. Une partie de ces actes, ceux que nous avons eu en vue jusqu'ici, sont dus à des troubles mentaux pathologiques. Parmi ces troubles nous avons relevé ceux de l'intelligence, ceux de l'humeur, enfin ceux du caractère et du sens moral. Parmi ces derniers nous avons particulièrement insisté sur le fait de l'entraînabilité qui, d'après nous, découle directement de la viscosité mentale affective et qui est susceptible d'expliquer un certain nombre de délits.

En ce qui concerne les délits liés à l'inadaptabilité sociale de ces sujets, signalés pour la première fois par M. Ceillier, nous nous en tiendrons à la description de cet auteur.

Parmi les délits relevant surtout de l'inadaptabilité sociale des épileptiques, le vagabondage vient en tête, ces sujets étant arrêtés sans argent, sans travail, sans domicile. Parfois le vagabondage se complique de mendicité. Un autre délit fréquent est celui de rébellion et outrages aux agents ou coups et blessures, qui s'explique par l'impulsivité habituelle de ces sujets. Ces trois délits, qui souvent coexistent, sont parfois les seuls qu'on observe chez certains épileptiques qui demeurent honnêtes et ne se laissent jamais aller à voler. C'est ainsi que j'ai vu un épileptique ayant encouru pour l'un ou pour l'autre de ces trois délits quarante-huit condamnations. D'autres en arrivent à voler. Ils commettent alors des vols peu importants, sans préméditation, d'une façon assez

soudaine et avec la plus grande maladresse, soit au moment où ils s'emparent d'un objet, soit au moment où ils cherchent à le vendre. L'un d'eux, par exemple, ayant volé des poulets aux Halles, les proposa, sur les grands boulevards, à des promeneurs, et notamment à des inspecteurs de police qui l'arrêtèrent. Généralement ils ne font aucune difficulté pour reconnaître le vol et son mobile. Ces vols sont à tous les points de vue différents de ceux commis par les voleurs professionnels et les pervers. Ils sont avant tout « occasionnels ».

Les escroqueries, par contre, ne sont jamais la conséquence directe et exclusive de l'inadaptabilité sociale des épileptiques.

Elles supposent un certain degré de réflexion, de préméditation et relèvent des causes plus complexes, auxquelles, cependant, la difficulté de subvenir à leur existence par des moyens normaux ne reste pas toujours étrangère.

Parmi nos observations, il y a un certain nombre de cas de cette catégorie (nos X, XVII, XVIII, XX, XXII, XXIII, XXV, XXVII, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII). Quelle est la cause de cette inadaptabilité sociale? Fort justement, M. Ceillier la voit dans le fait qu'un épileptique ne peut garder une place pendant longtemps. « Les accidents que l'épileptique peut causer à soi-même, les dangers qu'il fait courir à autrui, le spectacle pénible que constitue une crise convulsive à ceux qui en sont les témoins (camarades, clientèle) rendent à peu près obligatoire le renvoi immédiat de tout ouvrier ou employé qui a eu le malheur d'avoir une crise publique. » (Voir observation n° X.) La situation lamentable de l'épileptique vis-à-vis de la société fait ensuite que ceux qui, par ailleurs, sont prédisposés éprouvent une haine violente contre elle, haine qui se concentre le plus souvent sur un certain nombre de personnes (patrons, camarades, époux). Nous avons vu que cette haine, quand elle se trouve refoulée, se manifeste par des actes anti-sociaux au moment des paroxysmes, mais elle peut finir par envahir le conscient, et alors le malade commet des délits en dehors des paroxysmes (Obs. XIV et XXXI).

Somme toute, les délits liés à l'inadaptabilité peuvent être de deux sortes : dus, d'une part, à une sorte d'élimination du sujet en marge de la société que celui-ci subit passivement, et, d'autre part, dus à une réaction du sujet contre la société.

Les délits de nécessité ne se séparent pas nettement de la catégorie précédente. Selon la définition de M. Ceillier, ce sont des cas

où « il est matériellement impossible à l'individu de ne pas se trouver dans un état d'infraction au code pénal ». Parmi ces cas, nous citerons surtout les vagabondages de nécessité, surtout chez les mineurs (Obs. XXVIII et XXXI). Ce vagabondage se complique presque toujours de vols, chez les filles de prostitution. Ces cas sont d'une extrême difficulté pour l'expert et pour le juge. Logiquement il ne devrait pas y avoir de poursuites judiciaires dans ces cas, puisque l'individu a été contraint par une force à laquelle il ne pouvait résister. Cependant, pratiquement ces poursuites judiciaires ont lieu. » (Ceillier.)

Nous avons brièvement énuméré les divers actes paroxystiques ou interparoxystiques qui peuvent dresser l'épileptique contre la société. Nous avons vu que ces actes sont multiples, variables dans leur gravité et dans la difficulté qu'ils offrent au médecin-expert et au magistrat pour l'appréciation de la responsabilité. Si certains délits ou crimes épileptiques portent indiscutablement la marque de leur nature, d'autres ressemblent étonnamment à des forfaits de vulgaires criminels. On conçoit cependant la responsabilité de l'expert dans ces cas-là. Il y a deux écueils à éviter, dit M. Cestan : « d'une part, à considérer à tort comme responsable les malheureux malades qui peuvent même ignorer d'être atteints d'épilepsie, mais, d'autre part, dépister ce pervers moral qui sait user de la simulation avec le secret espoir de voir sa prétendue irresponsabilité reconnue à son profit ». Nous allons montrer dans le chapitre suivant les difficultés du diagnostic médico-légal de la nature épileptique des actes antisociaux.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC MÉDICO-LÉGAL DE L'ÉPILEPSIE

On sait que le diagnostic de l'épilepsie, quand on a assisté à une crise convulsive, est d'une facilité enfantine. Il n'en est pas de même quand on n'a que l'anamnèse à sa disposition. Que dire alors de la difficulté que présente l'identification de l'épilepsie dans les cas médico-légaux ? L'expert doit se méfier de tout ce que le malade dit ; il doit le vérifier soigneusement par tous les moyens qu'il a à sa disposition. Il est évident qu'il doit puiser ses renseignements de deux sources : l'étude et l'analyse de l'acte commis, et l'étude du malade avec interrogatoire de son entourage. L'expertise comprend plusieurs étapes. L'inculpé est-il un épileptique ? L'acte qu'il a commis est-il sous la dépendance de l'épilepsie ? Si ce n'est pas l'épilepsie, est-ce néanmoins pathologique ? Quel est le degré de responsabilité de l'inculpé ?

Nous envisagerons successivement chacune de ces étapes, sauf la dernière à laquelle, en raison de son importance particulière, nous consacrerons un chapitre spécial.

L'inculpé est-il épileptique ?

Si nous avons un test clinique ou biologique de l'épilepsie, cette partie du diagnostic serait d'une simplicité extrême. Malgré l'absence d'un tel test, c'est encore le point le moins délicat à élucider dans l'examen d'un inculpé.

Tout d'abord l'examen du malade : un très bon signe est constitué par des petites séquelles traumatiques de l'accès convulsif : contusions, traces de morsure de langue. Ces dernières, notamment, ont une valeur à peu près pathognomonique.

Quand on voit le malade en crise, il faut se méfier de la simu-

lation. Nous n'insistons pas ici sur le diagnostic de la simulation avec l'épilepsie ; quelquefois il peut être très difficile. L'essentiel est de se fier à des signes qu'on ne peut reproduire à volonté, comme, par exemple, la pâleur, la mydriase, etc. Quand on cherche à faire préciser par l'entourage les caractères d'une crise, c'est également sur ces caractères qu'il faut se baser.

Quelquefois on ne trouve pas d'antécédents de crises convulsives, mais les caractères du délit font fortement présumer de sa nature épileptique. Il faut alors suivre le conseil de Legrand du Saulle : « Lorsqu'un crime tout à fait inexplicable et en complet désaccord avec les antécédents d'un prévenu qui n'est réputé ni épileptique, ni aliéné, vient à être accompli avec une instantanéité insolite, il y a lieu de se demander, et l'on doit chercher s'il n'existerait pas des accès nocturnes méconnus d'épilepsie. » Comme le montre l'observation n° VII, l'existence de crises nocturnes peut très souvent rendre de très grands services.

Nous n'insistons pas sur l'hérédité épileptique. M. Ceillier, après avoir comparé diverses statistiques, conclut que « l'enquête héréditaire n'a aucune valeur pour ou contre l'épilepsie ». L'hérédité psychopathique, en général, peut, à notre avis, rendre service dans un sens très général, en présument du caractère pathologique d'un geste.

Parmi les tentatives d'établir un test biologique de l'épilepsie, il y en a très peu qui sont susceptibles de rendre service dans les cas que nous avons surtout en vue ici. Nous nous contenterons de citer l'alcalose urinaire, l'hypercholestérinémie, la sensibilité aux protéines, le réflexe oculo-cardiaque, l'excitabilité électrique des nerfs, etc. Aucune de ces méthodes n'est susceptible actuellement de donner des résultats constants sur lesquels on puisse baser la solution d'un problème aussi important que le diagnostic médico-légal de l'épilepsie.

Les procédés basés sur la provocation expérimentale de la crise semblent plus fidèles, et l'épreuve de l'hyperpnée notamment semble donner des résultats assez constants. Quand l'épreuve de l'hyperpnée est franchement positive, elle peut être considérée comme un argument extrêmement sérieux pour l'existence de l'épilepsie (MM. Claude, Codet, Cénac et Montassut). Nous n'insistons pas sur les autres procédés de provocation de la crise (alcool, éserine, adrénaline, cocaïne, etc.).

Somme toute, nous ne possédons pas actuellement de test sûr

pour l'épilepsie. L'existence de cette maladie chez un inculpé ne peut se faire qu'à l'aide de la constatation rétrospective de stigmates, comme la morsure de la langue, comme l'hyperpnée provoquée ; et, d'autre part, par la reconstitution de la crise par l'interrogatoire de l'entourage du malade. Dans cette reconstitution on se basera surtout sur les signes impossibles à imiter, comme la pâleur et la mydriase. Enfin nous insistons sur l'importance du dépistage, des crises larvées ayant pu passer inaperçues du malade, et notamment des crises nocturnes.

L'acte antisocial commis est-il de nature épileptique ?

Pour cette étape du diagnostic, il nous faudrait répéter les notions que nous avons mises en évidence dans des chapitres antérieurs. Aussi nous bornerons-nous à résumer rapidement les caractères de l'acte épileptique qui peuvent aider au diagnostic.

Tout d'abord, les actes commis en crise auront un certain nombre de caractéristiques qui ont été remarquées par de nombreux auteurs. Chacun des auteurs met en vedette celles qu'il considère comme les plus typiques. Ducosté énumère les caractéristiques de l'acte épileptique de la façon suivante : instantanéité, violence des actes, envahissement de toute la vie psychique, pas d'hypnotisation possible, périodicité, stéréotypie, terminaison brusque suivie de dépression. Vallon pense que les caractères les plus importants sont la brusquerie du début, l'exécution automatique, involontaire, irréfléchie et immotivée de ces actes. Legrand du Saulle donne à l'homicide épileptique les caractères suivants : « Absence de motif, absence de préméditation, instantanéité et énergie dans la détermination des actes, férocité dans leur exécution, développement d'une violence insolite et multiplicité des coups, aucune dissimulation dans l'attentat et aucun soin de se cacher après le méfait, indifférence absolue, absence de tout remords, oubli ou réminiscences confuses et partielles, absence de complices. »

Nous avons vu dans les pages précédentes que beaucoup de ces caractères ne sont pas toujours rigoureusement vrais, et si l'on s'en tenait à tous ceux qui ont été donnés on ne ferait pas souvent le diagnostic de l'acte criminel épileptique. M. H. Baruk insiste sur les faits suivants : « En faveur du diagnostic d'automatisme épileptique militant la brusquerie du début de la crise, l'importance des troubles vasomoteurs (pâleur de la face), le caractère extrême-

ment bref et subit de la crise. » Il insiste, en outre, sur le fait que les facteurs extérieurs (ordres, suggestion, objurgation, invigoration) n'ont aucune influence sur l'allure de la crise.

Il ne semble pas, à l'heure actuelle, que des caractères précis puissent être donnés aux actes épileptiques. « Le malade prononce des paroles ou se livre à des actes qui pourraient faire douter de la nature réellement épileptique de son accès et faire attribuer aux actes accomplis au milieu de cet état tout particulier du système nerveux un caractère de liberté et de volonté morale qu'ils ne possèdent à aucun titre. » Cette phrase de Falret est aussi vraie actuellement qu'il y a soixante ans et ce n'est que sur l'ensemble de l'allure des actes qu'un psychiatre exercé peut juger de la nature épileptique d'un délit.

Nous ne revenons pas en détail sur l'importante question des aveux de l'épileptique. Nous avons vu des exemples de double aveu : le premier en crise, le second après la fin de la crise. L'observation IV en fournit un exemple typique. Plus haut nous avons essayé d'expliquer ce phénomène en apparence paradoxal. Nous n'y revenons pas.

Le fait que les déclarations de l'inculpé doivent toujours être tenues pour suspectes rend singulièrement difficile l'interprétation de son interrogatoire. En vérité, le médecin-expert qui a un peu l'habitude de ces sujets voit immédiatement à qui il a affaire. Tout, dans ce domaine est affaire d'impression et d'appréciation personnelle. Nous avons vu que tout ce qui touche à l'épilepsie manque actuellement de précision et nous ne pouvons nous fier qu'au bon sens clinique.

Tout ce raisonnement est encore plus vrai quand il s'agit d'apprécier le rapport d'un acte antisocial commis en dehors d'une crise avec l'épilepsie dont, par ailleurs, l'inculpé est atteint. Nous ne pouvons entrer ici dans des considérations que nous développerons dans le chapitre suivant. Tout est affaire de nuances, de discrimination délicate où des quantités de facteurs entrent en jeu. Toute cette partie échappe encore à la systématisation.

Les actes antisociaux pathologiques non épileptiques.

Nous avons déjà vu que pratiquement l'épilepsie ne constitue presque jamais la seule tare mentale des sujets qui commettent des actes délictueux ou criminels. Il y a en même temps des quan-

tités d'autres causes qui interviennent : débilité, dégénérescence, alcoolisme, perversité morale, etc. Ces autres facteurs doivent surtout entrer en considération à propos des actes sans rapport avec une crise nette. Quelle que soit l'opinion de l'expert, ces facteurs doivent être interprétés comme pathologiques.

Une autre série de considérations met en doute la nature épileptique de certaines crises d'automatisme. Nous ne ferons ici qu'ébaucher la vieille discussion de l'épilepsie et de l'hystérie à propos de l'automatisme ambulatoire de Charcot. Après la description classique de ce dernier auteur, après la relation de cas analogues par Legrand du Saulle, Raymond et Janet ont attribué ces automatismes prolongés à l'hystérie. Selon ces auteurs, l'automatisme hystérique se caractérise par trois caractères fondamentaux : l'impulsion irrésistible, l'exécution intelligente et l'amnésie consécutive. Heilbronner se range à l'opinion de ces auteurs et il déclare que très peu d'automatismes sont de nature épileptique (1/5 des cas), la plupart appartiennent à l'hystérie. Benon et Froissart sont également de cet avis. C'est M. Babinski qui a formulé en définitif cette opinion qui est encore celle de beaucoup de neurologistes actuels : « Quand la crise ambulatoire est de longue durée, quand pendant la crise la conduite du sujet est correcte, le malade n'est point un comitial. » Nous avons vu que cette opinion est pour le moins discutable à l'heure actuelle. Certains auteurs, voyant les nombreux cas intermédiaires, ont créé la notion de l'hystéro-épilepsie (Pitres, Voisin, Joffroy et Dupuy). Nous ne discuterons pas la signification de ce terme qui doit rester jusqu'au moment où l'on aura des données précises concernant l'épilepsie, d'une part, et l'hystérie, d'autre part. Plus récemment, M. Baruk a repris la question de l'automatisme non épileptique. Cet auteur décrit des actes automatiques au cours de la fatigue et de l'épuisement nerveux, au cours de la psychose périodique et au cours de la démence précoce. Toute cette catégorie des automatismes non-comitiaux se distinguerait par le fait qu'elle peut être influencée par des excitations extérieures.

Du point de vue pratique, toutes ces considérations importent peu. Il est indiscutable à l'heure actuelle que l'épilepsie peut pousser à commettre des actes antisociaux parfaitement exécutés, ayant toutes les apparences d'un acte normal. Que des facteurs surajoutés y interviennent ou non, cela ne change pas l'aspect médico-légal du problème. L'essentiel, c'est de dépister les simulateurs qui veulent tirer parti d'une prétendue épilepsie pour dimi-

nuer leur responsabilité et, d'autre part, d'empêcher d'authentiques épileptiques de subir une peine qui, d'une part, aggravera leur état et qui, d'autre part, ne les empêchera pas de recommencer aussitôt sortis de prison.

CHAPITRE III

LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DES ÉPILEPTIQUES

Depuis très longtemps les aliénistes ont insisté sur l'irresponsabilité ou la diminution de la responsabilité des épileptiques au cours de certains actes criminels ou délictueux qu'ils commettent.

Depuis un siècle environ, ils ont attiré l'attention sur l'état lamentable que créait la situation des épileptiques vis-à-vis de la société.

Les anciens avaient déjà le sentiment de l'irresponsabilité des comitiaux. C'est ainsi que Paul Zacchias estimait nulle la responsabilité du malade pour les actes commis trois jours avant et trois jours après la crise. Il est à peine besoin de faire remarquer combien cette mesure était arbitraire. Le fait que le crime ait eu lieu seulement quelques heures avant l'accès, ou trois et même quatre jours avant, n'a en soi aucune valeur absolue. En effet, certains de ces malades sont dans un état tout à fait normal encore quelques minutes avant la crise. D'autres, au contraire, et en particulier les femmes dont les accès sont en rapport étroit avec les périodes menstruelles, présentent déjà des troubles très accusés plusieurs jours auparavant. Une précision trop rigoureuse dans le temps, comme celle qu'avaient édictée les anciens auteurs, ne peut donc nous être d'aucun secours.

Dans un arrêt de la Cour de Cassation du 8 Brumaire de l'an XIII, nous trouvons formulée la règle suivante : « Chez les épileptiques, la liberté morale est complètement suspendue pendant les attaques. Un épileptique qui commet un homicide pendant un accès de sa maladie n'a pas eu d'intention criminelle et ne peut, par conséquent, encourir de responsabilité. » Il n'est encore question, dans ce décret, que des actions commises pendant les accès paroxystiques de l'affection. Il faut arriver, cinquante ans plus

tard, à Legrand du Saulle pour voir se préciser les différentes règles en rapport avec les cas variables qui se rencontrent, mais les principes de cet auteur paraissent encore trop schématiques, ne tenant pas compte de la totalité des facteurs qui déterminent l'acte et qu'il faut envisager. Les conclusions de Legrand du Saulle sont les suivantes :

1^o Les actes accomplis par les épileptiques demeurent discutables.

2^o Lorsqu'un prévenu est épileptique, il y a toujours lieu de rechercher quel pouvait être son état mental au temps de l'action.

A) Si ce prévenu était sain d'esprit, il est responsable.

B) Si son entendement était partiellement lésé, il doit jouir des bénéfices d'une pénalité atténuée et en quelque sorte proportionnée au degré de résistance morale qui a pu être opposée.

C) S'il était aliéné, il est irresponsable.

Les règles qu'émettait Parant en 1895 sont basées sur une analyse plus poussée des faits. Elles mettent mieux en évidence que l'impunité ne doit jamais être systématique chez les épileptiques, et tiennent compte, à l'encontre des conclusions de Legrand du Saulle, de la possibilité de conservation intégrale de la lucidité d'esprit chez un malade qui ne peut cependant pas résister à une impulsion.

Cet auteur déclare : « Que si l'épilepsie en elle-même n'est point une cause d'irresponsabilité, elle peut fort bien laisser à l'individu toute son intégrité mentale, la libre possession de lui-même et, par conséquent, ne point le rendre irresponsable.

« Qu'il y a des états d'impulsion franche, invincible, où la volonté est tout à fait annihilée et où, par conséquent, l'irresponsabilité est acquise ; *cela peut même se produire dans quelques cas où il n'y a point inconscience des actes.*

« Qu'en dehors de cela, tout épileptique réputé sain d'esprit et l'étant réellement est responsable des délits qu'il a pu commettre, sauf, s'il y a lieu, admission des circonstances atténuantes. »

Telles sont les différentes conclusions auxquelles ont abouti les médecins légistes au siècle dernier. Nous allons voir, maintenant, quelle est la législation française actuelle qui règle la responsabilité pénale des épileptiques, et quel est le rôle de l'expert dans les différents cas qui peuvent se présenter.

Le système actuel réglementant la répression pénale et la question de la responsabilité pénale est sous la dépendance de l'article 64 du Code pénal : « Il n'y a ni crime, ni délit, dit cet article,

lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il y a été contraint. »

La loi repose donc avant tout sur le mot : *démence*.

Il est donc indispensable de connaître bien exactement le sens juridique de ce mot, d'autant plus qu'il est employé ici dans un sens tout différent de ce que l'on a l'habitude d'entendre par là en psychiatrie.

En pathologie mentale, la démence consiste surtout, en effet, en des troubles des facultés intellectuelles. Plus exactement, suivant MM. Delmas et Boll, on peut la définir : « Psychopathie consistant en un affaiblissement progressif et définitif de l'intelligence ». Cette notion de modifications définitives des facultés mentales, aboutissant toujours, au bout d'un temps plus ou moins long, à la déchéance physique, est, en effet, bien caractéristique, en psychiatrie, du terme : démence.

Ce n'est pas du tout la définition qu'en donne le droit. En juridiction, il faut entendre par démence tout état qui exclut la possibilité « d'intention et de libre volonté ». Il ne s'agit donc plus d'une maladie bien caractérisée, mais d'un état qui peut être réalisé par de multiples affections et dont la définition implique la nécessité de notions théoriques. En effet, le Code civil et le Code pénal reposent sur ces notions de libre volonté et d'intention d'où dépend la responsabilité. Il en résulte, au point de vue civil, que les personnes privées de « l'usage de leur raison » sont assimilées aux mineurs, pourvues comme eux d'un tuteur qui les représente dans les actes de la vie civile et, au point de vue criminel, que l'auteur du crime ne sera pas poursuivi s'il est en état de démence.

Il faut bien marquer la différence de sens, puisque de ces notions « d'intention et de libre volonté », indispensables à la juridiction, la pathologie mentale ne tient pas compte. C'est donc devant la loi que nous avons citée, et avec le sens du mot démence, que nous avons précisé que le problème médico-légal se posera.

L'action de l'expertise psychiatrique comprendra deux ordres de faits :

1^o Voir si l'acte incriminé est un acte pathologique et la conséquence directe d'un état mental morbide.

2^o Voir si, indépendamment de l'acte incriminé, l'inculpé présente un état d'aliénation ou des tares mentales dont il y a lieu de tenir compte dans l'appréciation de la responsabilité.

L'expert qui a à rédiger ses rapports et ses conclusions sur la

responsabilité pénale d'un épileptique peut se trouver en présence de cas très variables.

Malgré la difficulté d'un grand nombre de cas, il en est cependant de faciles et qui ne prêtent guère à discussion. Ce sont les cas extrêmes, soit de responsabilité certaine, soit d'irresponsabilité également certaine.

Lorsqu'un délit a été commis en dehors de tout état paroxysmique par un épileptique qui n'a jamais présenté aucune tare mentale permanente de quelque importance et qui n'en présente pas à l'examen, la responsabilité doit, sans aucun doute, être déclarée totale. C'est un principe absolu qui a été émis par M. André Ceillier (dans son rapport au XIV^e Congrès de médecine légale de langue française en 1929) en les termes suivants :

« Jamais l'épilepsie ne doit être considérée systématiquement comme un brevet d'impunité totale ou relative ».

Il serait, en effet, trop facile de vouloir rapporter tout acte délictueux ou criminel d'un homme qui a eu des crises d'épilepsie, — quelquefois très espacées, — et qui est cependant parfaitement sain d'esprit, — ainsi qu'il arrive heureusement assez souvent — comme une conséquence de son affection.

Dans certains cas, la solution d'un problème de cette sorte peut étonner les juges et servir aux avocats ; tels les cas où un épileptique, jugé une première fois responsable d'un crime commis en état de crise et sous la dépendance certaine de l'affection, est reconnu une autre fois entièrement responsable d'un second crime qui paraît tout à fait indépendant de son état. M. Ceillier a rapporté un exemple typique des faits de ce genre. Un épileptique commet en 1922 un délit (il dilapide l'argent qu'il avait encaissé comme livreur). Les caractères bien spéciaux de ce délit, influence de l'ivresse, brusquerie, non-préméditation, maladresse, amnésie consécutive, montrent qu'il est en grande partie involontaire et pathologique. La responsabilité est jugée très atténuée.

En 1928, le même individu, après plusieurs tentatives, tue et vole un chauffeur de taxi. Les circonstances ont été toutes différentes. La préméditation ici est certaine, comme en témoignent les essais infructueux avant le crime. Le sujet est déclaré par l'expert complètement responsable.

Il faut aussi signaler, chez les épileptiques, la possibilité d'autres causes pathologiques, d'où peuvent dépendre les délits et les

crimes. L'alcoolisme est très fréquent et l'on connaît son action sur la répétition des crises et la débilité mentale.

D'autre part, le déséquilibre psychique avec perversité, l'arriération mentale, ne sont pas exceptionnels, et il faut les chercher pour reconnaître leur part possible dans le déterminisme des actes de l'épileptique.

Dans un ordre de faits opposés, la tâche de l'expert sera encore facile dans les cas où les troubles mentaux équivalent à un état permanent de démence (bien souvent dans le sens psychiatrique du terme). Le sujet ne peut être que déclaré alors pénalement irresponsable, et il doit être interné s'il compromet l'ordre public et la sécurité des personnes.

Les mêmes conclusions doivent être portées si le sujet, sans être en état de démence permanente, a commis son délit ou son crime pendant un équivalent inconscient. On peut dire, en effet, dans ces cas, que l'individu a agi en état de démence momentanée ou qu'il a été contraint par une impulsion de telle force qu'il n'a pas pu y résister. La majorité des psychiatres admet alors l'irresponsabilité totale.

Ce n'est cependant pas l'avis de tous, et certains d'entre eux, comme Dubuisson et Vigouroux, déclarent qu'il n'est pas permis de faire supporter à autrui les conséquences de sa maladie, quand il est possible de les éviter. « Celui, disent ces auteurs, qui, dans des crises antérieures, a commis des actes répréhensibles, est tenu de prendre certaines précautions, et, s'il ne les prend pas, il encourt une responsabilité particulière.

Quant à l'épileptique criminel, dont l'accès a été déclenché par l'ingestion d'alcool, sa responsabilité serait totale. »

Il est bien difficile et bien théorique de discuter de la faute d'un épileptique, qui, se sachant malade, ne se soigne pas, et même aggrave son affection par des excès alcooliques. Est-ce à la société de se garantir du malade, comme le veulent certains ?

Est-ce à l'épileptique de mesurer lui-même le danger assez hypothétique qu'il fait encourir à la société, comme le veulent d'autres ?

Toutes ces opinions peuvent être défendues, mais seulement à un point de vue théorique.

Le seul rôle de l'expert, dans l'état actuel des lois, comme le fait remarquer M. Ceillier, est de dire au tribunal si l'inculpé était ou non, au moment de l'action, en état de démence. Et systé-

matiquement la loi conclura, dans les cas de démence certaine dont nous parlons, que le sujet est irresponsable.

Tels sont les cas relativement faciles du problème. Les crimes ou délits sans aucun rapport avec l'épilepsie et qui doivent être imputés à la responsabilité complète du sujet. Ceux qui sont commis dans un état de démence constant ou seulement net au moment de l'acte et qui ne doivent entraîner aucune responsabilité pénale.

Bien plus souvent se pose le problème de la responsabilité de sujets ayant commis leur action nuisible dans les périodes pré-paroxystiques ou post-paroxystiques, action qui ne semble pas sans rapport, cependant, avec l'état mental provenant de leur affection. La solution toujours très délicate est alors uniquement clinique ; elle doit s'appuyer sur la recherche soigneuse des différents troubles mentaux que peut présenter le sujet.

Les troubles de l'intelligence, sur lesquels nous avons déjà insisté, peuvent être, en effet, incriminés dans de nombreux délits. Ces troubles qui consistent avant tout en un ralentissement psychique, soit constant, soit apparaissant seulement par accès qui pourraient peut-être être considérés comme de véritables équivalents, doivent être bien connus. Ils sont aussi fréquents, — comme y a insisté M. Ceillier, en se basant sur le rapport de M. Porot, — chez les traumatisés du crâne qui font des crises d'épilepsie, que chez les épileptiques constitutionnels. Il faut voir dans ces troubles une cause fréquente de délits, souvent de délits de nécessité.

A côté des troubles intellectuels, l'expert aura à apprécier le degré de troubles du caractère chez l'épileptique, troubles qui paraissent encore plus fréquents que leurs modifications intellectuelles.

Les troubles de l'humeur ont, en effet, une haute importance médico-légale. La difficulté de résister aux impulsions, qui est si caractéristique du psychisme de ces malades, entraîne souvent des colères dont les manifestations peuvent être violentes. Il existe bien souvent, d'ailleurs, une disproportion évidente entre la cause minime qui a déclenché la colère du malade et l'intensité de sa fureur. Elle peut aller jusqu'à s'accompagner d'injures, de voies de fait, de bris d'objets, voire même d'homicide.

Il est bien évident que des cas de ce genre sont sous la dépendance étroite de l'impulsivité pathologique du sujet. La conduite du médecin-expert a été réglée en ces cas par M. Rogues de Fursad dans les termes suivants :

« Je dirais irresponsabilité complète, — et comme corollaire l'internement, — si l'irritabilité était vraiment très accusée, et si les actes de violence étaient susceptibles de se reproduire pour des causes minimes. Je dirais encore irresponsabilité complète si, le sujet n'étant que moyennement irritable, il avait eu à subir une provocation grave, — comme il arrive dans certaines rixes, — et dans ces cas, je ne conclurais pas nécessairement à l'internement, surtout si le sujet était sobre et sa famille en mesure d'exercer sur lui une certaine surveillance. Je conclurais enfin à une responsabilité atténuée si la provocation avait été minime en elle-même, avec une irritabilité moyenne et si, dans d'autres circonstances, le sujet avait montré qu'il est, le cas échéant, capable de se dominer.

Il est absolument contre-indiqué, dans ce dernier cas, d'aller jusqu'à l'absolution complète. Le sujet est susceptible de tirer profit de la leçon que lui donnera la justice, et il est nécessaire que la leçon lui soit donnée, car on ne peut le laisser dans l'impression que, parce qu'il est irritable, il peut se permettre toutes les violences. Mais il n'est pas défendu de lui témoigner de l'indulgence, surtout si c'est un premier délit, car on est en droit d'espérer que la leçon portera, même si elle n'est pas sévère, même si elle consiste en un simple avertissement (condamnation avec sursis).

Nous avons déjà insisté sur les troubles du caractère qui rendent si particulière la personnalité de l'épileptique.

Ces troubles les rendent bien souvent sorniois, hypocrites et mythomanes, et entraînent par là à des délits multiples, dont le plus fréquent est l'abus de confiance. Sous l'influence de leur duplicité, de la tendance à la kleptomanie si fréquemment rencontrée chez eux, ils détournent des sommes d'argent. Mais leur vol a toujours un caractère d'impulsivité, de bizarrerie, assez spécial, quand il n'est pas comme bien souvent « un délit de nécessité ». Les actes anti-sociaux les plus divers peuvent être commis par des épileptiques chez qui une certaine perversité n'est pas exceptionnelle. Mais ces actes ont aussi ce cachet d'absurdité qui empêchera de les confondre avec d'autres. Tel cet homme épileptique, arrêté pour avoir plusieurs fois brisé les glaces d'un avertisseur d'incendie et dérangé inutilement les pompiers. Il se rendait compte de l'absurdité de son acte qui n'avait pu cependant être inhibé.

Nous n'insistons ici sur ces faits que pour marquer qu'il y

a lieu toujours de les rechercher chez l'épileptique et de tenir compte de l'impossibilité ou de la difficulté qu'il a à y résister.

M. Ceillier a particulièrement bien montré la similitude de ces troubles du caractère des épileptiques et de ceux que l'on observe après l'encéphalite. « Si les encéphalitiques, dit-il, bénéficient, en général, de la part des médecins experts, de l'indulgence la plus large, il ne me semble pas qu'il en soit souvent ainsi pour les comitiaux. Et pourtant ils mériteraient autant, sinon plus, que les encéphalitiques d'être traités en malades, en particulier à cause de ce fait capital que leur maladie est beaucoup plus accessible au traitement. » Nous reviendrons sur la haute importance de ce dernier point.

Enfin un dernier fait que l'expert doit toujours prendre en considération quand il a à se prononcer sur un délit ou un crime commis par un épileptique, est le degré d'inadaptabilité sociale que présente le sujet.

Tous les auteurs qui ont étudié la question ont insisté sur l'extrême difficulté que trouvent la plupart des comitiaux à mener une existence sociale normale. Beaucoup de délits sont sous la dépendance directe de cette cause, et il ne faut jamais manquer de la rechercher.

Le vagabondage, la rébellion, les outrages aux agents sont directement en rapport avec cette grave inadaptabilité sociale, sur laquelle nous reviendrons.

Il faudrait cependant se garder de recourir systématiquement à cette cause pour expliquer tous les faits.

Dans certains cas où elle est évoquée pour apitoyer médecins et magistrats, elle est, en réalité, réduite au minimum. C'est ainsi que l'on peut dire que l'escroquerie n'en est jamais une conséquence directe et qu'elle suppose une préméditation. Elle pourrait plutôt relever parfois de troubles de caractères que nous avons signalés. Dans bien des cas elle est pourtant réelle : « Elle conduit l'épileptique au découragement si total et au dénuement si complet que le délit a répondu presque à une nécessité. »

Telles sont les différentes considérations dont l'expert devra tenir compte pour les actes délictueux ou criminels commis dans les états interparoxystiques. Les troubles intellectuels, les troubles du caractère, le degré d'inadaptabilité sociale, seront les faits qu'il devra mettre en évidence pour établir son diagnostic clinique de l'état psychique du malade et de l'influence de cet état sur l'acte.

Après avoir énuméré les tares mentales constatées, l'expert doit, d'après la loi, répondre à une question bien précise : « Dire si l'examen psychiatrique et biologique du sujet ne révèle point des anomalies mentales ou physiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, la responsabilité de l'inculpé. »

Quelle que soit son opinion sur la responsabilité atténuée, le médecin ne peut donc faire autrement, comme le dit M. Ceillier, que de répondre aux questions posées.

« Dans les cas, dit-il, où je suis obligé de tenir compte de tares psychiques, mais où, d'autre part, je redoute les conséquences pratiques qu'entraîne habituellement la responsabilité atténuée, j'emploie une formule dans le genre de celle-ci : « Les anomalies constatées entraînent la responsabilité atténuée au point de vue strictement médical, mais seuls les magistrats sauront apprécier si elles doivent être prises en considération dans l'application de la peine. »

Dans l'état actuel des choses, le médecin-expert ne peut donc se passer de la notion de responsabilité. Nous allons maintenant examiner ce qu'on peut penser de cette notion, et si sa modification urgente ne s'impose pas.

C'est là le point essentiel du rapport de M. A. Ceillier, qui a insisté tout spécialement sur le mal fondé de la responsabilité atténuée.

Avant d'aborder directement le problème, il convient d'envisager le sens social du mot : responsabilité.

Pour étudier cette question, il est nécessaire d'écarter toutes les discussions métaphysiques, d'une part, morales ou religieuses de l'autre, qui tranchent à leur façon le problème du libre arbitre et du déterminisme.

En se plaçant uniquement sur le plan social, on peut se demander ce que vaut à ce point de vue la notion de *faute*, sur laquelle repose toute la juridiction criminelle. C'est, en effet, l'idée de faute qui amène celle de *responsabilité* ; c'est elle aussi qui entraîne la nécessité du *châtiment*.

S'il y a faute, il y a, en effet, un coupable à punir. Or, ceci ne découle pas de l'organisation sociale. Le châtiment est une notion de morale qui ne peut, par cela même, avoir de valeur qu'individuelle. C'est donc déplacer la question que de la poser sur le plan moral. Comme le dit M. Ceillier, la « notion de châtiment doit être remplacée par celle de préservation sociale ».

Le crime doit donc être envisagé, au point de vue social, comme une maladie, avec des malades, les uns curables, les autres incurables. La criminologie doit avoir son traitement, sa prophylaxie et ses médecins. Quant à la préservation individuelle, loin d'être en opposition avec la préservation sociale, elle n'en est qu'un des aspects.

Si l'on considère maintenant la manière actuelle dont le Code pénal résoud la question, on s'aperçoit que la peine est le seul traitement du crime.

Son but thérapeutique est triple : mettre le coupable pendant un certain temps dans l'impossibilité matérielle de nuire ; lui donner un souvenir pénible et par là lui faire peur pour l'empêcher de récidiver ; agir par l'exemple en intimidant ceux qui seraient tentés de faire comme le criminel et les corriger par ce châtement infligé à autrui.

S'il s'agit d'un traitement, on peut douter de son efficacité.

En effet, il ne faut pas rendre le sujet plus malade qu'il n'est, c'est-à-dire, par la peine, le rendre plus « antisocial » : Il ne faut pas non plus que cette peine retentisse sur la société, même sur une partie d'entre elle, ce qui non seulement annulerait les bénéfices qu'elle doit en tirer, mais encore aggraverait la « maladie sociale ».

Or, la condamnation, même à une peine légère, d'un homme qui n'a jamais été condamné, qui est connu honorablement, peut entraîner plus de conséquences — non seulement pour cet homme, mais pour sa famille tout entière — que la condamnation à une peine grave d'un récidiviste impénitent.

Eh bien, il en sera cependant souvent ainsi chez de nombreux épileptiques. Et il faut ajouter aux conséquences graves que peut amener une condamnation l'échec complet du second but thérapeutique (à savoir l'empêchement de récidiver à cause du souvenir pénible).

L'impossibilité de résister à ses impulsions ne permettra pas à l'épileptique de s'arrêter, malgré la peine en perspective. Quant à l'intimidation des autres, il ne faut évidemment pas y compter.

En condamnant un épileptique, la société ne fait donc, en général, qu'un aigri de plus contre elle, augmente l'inadaptabilité sociale d'un individu, et surtout ne fait rien, le plus souvent, pour le traitement de sa maladie.

De sorte qu'on arrive à ce paradoxe que l'épileptique sort de prison plus malade physiquement qu'il n'y était entré, c'est-à-dire

sujet à des crises plus fréquentes, à une obtusion intellectuelle plus grande, à une impulsivité plus accusée, c'est-à-dire, en définitive, *que la prison l'a rendu plus nocif* (A. Ceillier).

C'est un fait qui ne peut être contesté, que le séjour en prison ne vaut rien à la plupart des psychopathes. Il en est, en cette manière, de même des épileptiques et de certains pervers constitutionnels ; ces derniers malades, dès leur plus jeune âge, à la suite de diverses manifestations antisociales, souvent très graves (outrages à la pudeur, viols, homicides, parfois) sont envoyés à la maison de correction. Ils n'en sortent, en général, que pour aller aux bataillons d'Afrique où ils deviennent des fauteurs de désordre, des déserteurs. Ils passent en Conseil de guerre, sont finalement réformés. Dès leur retour dans la vie civile, les délits recommencent, et à chaque sortie de prison on peut s'attendre à un nouveau crime.

Pas plus que les pervers congénitaux, la prison n'améliore les épileptiques. Mais alors que ceux-là sont inguérissables et ne peuvent qu'être définitivement rejetés de la société, ceux-ci, s'ils sont soignés par le Gardenal, s'ils sont rééduqués, pourront rendre des services à la société et, en tout cas, ne pas continuer leur lamentable existence.

Nous avons vu ce qu'on pouvait penser de la notion de responsabilité envisagée au point de vue social. Nous allons maintenant considérer la notion voisine de responsabilité atténuée.

« Lorsqu'on songe, écrivait autrefois Tardieu, que l'acte impulsif d'un épileptique peut être le meurtre inattendu et inexplicable du passant le plus inoffensif et que le meurtrier n'a donné avant et ne donnera après le moindre signe d'altération de ses facultés, il y a bien de quoi soulever, dans la conscience des juges, les plus douloureuses perplexités. »

Le problème, en effet si délicat, qui se pose bien souvent, on l'a résolu et on le résoud presque toujours par la responsabilité atténuée.

Au point de vue pratique, il est impossible à l'expert de ne pas conclure, étant donné les lois actuelles, à la responsabilité atténuée.

Mais contre cette mesure bâtarde on peut cependant trouver bien des arguments.

Au point de vue légal, c'est un acte mauvais. A un sujet qui a commis un crime, qui a tué un homme, on donne seulement quelques mois de prison. Le châtiment, — puisque la loi est basée

sur cette notion, — n'est guère en harmonie avec la faute. Se plaçant à ce point de vue, Féré disait : « L'inégalité légale en faveur ou au préjudice des aliénés doit être combattue. Lorsqu'on a été l'auteur de l'acte incriminé, le même verdict devrait être rendu contre lui, qu'il soit aliéné ou sain d'esprit. »

Légalement la question devrait se poser, en effet, ainsi.

Au point de vue médical, c'est un acte également déplorable. En connaissance de cause, le médecin-expert abandonne un sujet dont il a reconnu les tares mentales et la maladie organique, dont un traitement approprié devrait être la conséquence.

Au point de vue prophylaxie enfin, tant au point de vue individuel qu'au point de vue social, la responsabilité atténuée ne vaut rien : l'individu non soigné n'est pas puni d'autre part. La peine trop légère n'intimidera pas les autres sujets analogues, qui ne sont d'ailleurs pas intimidables.

Cette solution fondée sur une pitié mal comprise n'en est donc pas une. Que peut donc faire, étant donné la législation actuelle, le médecin-expert, qui ne veut pas recourir à cette responsabilité atténuée ? Rien, sinon reconnaître dans l'épileptique criminel un *irresponsable*. Mais n'y a-t-il pas véritable injustice à condamner un individu normalement en possession complète de ses facultés intellectuelles à vivre avec des fous ? Et pourtant le seul moyen réservé au médecin d'être secourable aux épileptiques est, suivant l'expression de Legrand du Saulle, « de leur jeter sur les épaules la livrée du délire ».

Ainsi donc, sauf dans les cas extrêmes que nous avons vus d'abord, les solutions actuelles du problème ne sont pas du tout satisfaisantes. Au chapitre suivant nous verrons ce qui a été proposé comme solutions nouvelles.

Nous avons surtout étudié jusqu'à présent la situation pénale des épileptiques. C'est, en effet, la plus grave, la plus importante. Leur situation civile devant la loi ne pose pas moins cependant de délicats problèmes. Elle se rattache souvent à l'article 489 du Code civil : « Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides ».

La question qui se pose encore à l'expert est l'existence ou non d'une démence. Il faut connaître toute l'importance de l'incapacité civile qu'elle entraîne avant de faire cette déclaration. Non seulement l'interdiction assimile les déments aux mineurs,

mais elle est même plus absolue, puisqu'ils ne peuvent, comme eux, ni se marier, ni disposer par testament. « Pour faire une donation entre vifs ou un testament, dit l'article 901 du Code civil, il faut être sain d'esprit. » L'état mental de l'épileptique amène en réalité assez peu souvent à des interdictions civiles aussi sévères. A peine devra-t-on parfois se servir de l'article 499 qui indique la possibilité de donner un conseil judiciaire quand l'individu « n'est pas entièrement privé de raison ».

L'épileptique devant la société.

Nous avons vu la situation de l'épileptique devant la loi au point de vue pénal avant tout, au point de vue civil ensuite. Voyons maintenant la place qu'il occupe habituellement dans la société. Pour cela, nous ne saurons mieux faire que citer la page émouvante qu'écrivit, il y a cinquante ans, à ce sujet, Legrand du Saulle, et à la rapprocher des constatations faites par un auteur moderne :

... « L'épileptique chassé de son village ou de sa petite ville par l'humiliation que lui cause sa névrose, repoussé à peu près par tout le monde ou désireux de se guérir et de consulter les médecins compétents, considère Paris comme un port assuré contre sa névrose. Paris devient pour lui son rêve, son objectif. La plupart du temps il y arrive à pied. Une fois arrivé à Paris, il cherche de l'ouvrage et en trouve. Un beau jour il a une attaque convulsive et est ensuite passagèrement troublé au point de vue mental. On l'entoure et on le secourt pendant sa crise, puis on le fait reconduire dans son garni. Le lendemain, lorsqu'il se présente, on le congédie. Attristé, mais non désillusionné, il frappe ailleurs et se fait ouvrir. Quelques jours ou quelques semaines s'écoulent. Une nouvelle attaque survient publiquement, et le voilà une seconde fois éconduit. Après toute une série d'aventures de ce genre, découragé, harassé, portant des meurtrissures faciales, ou succombant presque à l'inanition, il entre à l'hôpital. On lui prescrit du bromure de potassium et des aliments ; il s'améliore sensiblement, et comme il occupe un lit qui conviendrait mieux à un cas pathologique aigu, on le renvoie. Après toutes les déceptions et les déboires imaginables, évacué successivement de tous les hôpitaux sur l'asile de convalescence, et de là sur le pavé de Paris, travaillant huit à quinze jours ici ou là, et invariablement remercié partout, il s'adresse à l'administration générale de l'Assistance publique, se déclare épileptique et demande

son placement à Bicêtre. Mais la plupart des épileptiques n'ont pas la chance d'y entrer... Les candidats malheureux n'ont plus, hélas ! qu'un refuge, le dernier de tous..., le dépôt de la Préfecture de Police. »

Cinquante ans plus tard, à la séance du 18 novembre 1926, de la Société de Psychiatrie, M. A. Ceillier, s'appuyant sur des cas récents de sa pratique médico-légale, traçait un suggestif tableau de la lamentable odyssée du jeune épileptique, tableau bien voisin de celui de Legrand du Saulle :

« Parfois abandonné par sa famille à la suite de fugues dont on n'a pas su apprécier la nature malade, l'épileptique est envoyé dans une maison de correction, puis il contracte un engagement dans la marine ou dans l'armée, et est réformé pour épilepsie après avoir été inculqué de désertion à cause d'une fugue.

« Rentré dans la vie civile, il est privé de tout soutien matériel et moral et il est exposé aux mauvais exemples et aux pires fréquentations. Il cherche à travailler, mais dès sa première crise, ses patrons qui craignent les responsabilités et qui connaissent la loi sur les accidents du travail, le congédient. Quelque temps il s'embauche dans des ateliers et des chantiers, et fait preuve d'une bonne volonté évidente, mais nulle part on ne le garde. Il cherche alors à être son propre maître, et il vit au jour le jour, en faisant des bricolages et des corvées de droite et de gauche, aux Halles, dans les gares, dans les marchés, dans les garages, comme laveur de voiture, dans les restaurants comme plongeur. Puis il devient chanteur des rues, ouvrier de portières, crieur de journaux. Bientôt c'est la misère et la série des délits commence. »

La situation sociale des épileptiques est donc bien inchangée. C'est un fait incontestable qu'un ouvrier épileptique ne peut garder longtemps sa place. Le spectacle pénible que constitue la crise convulsive pour ceux qui en sont les témoins attire évidemment la pitié au premier abord. Tout le monde plaint l'épileptique, mais tout le monde aussi le redoute et l'évite. À cause des dangers qu'il fait courir aux autres, à cause aussi des accidents qu'il peut se causer à lui-même, les patrons, même charitables, ne peuvent le garder, car ils encourraient le risque de payer les frais du traitement si l'ouvrier se blessait chez eux, pendant son travail.

Un autre fait qui rend l'épileptique peu apte à la vie de société, qui ne lui permet pas, en général, un travail un peu délicat est son état intellectuel. La lenteur considérable souvent de son dynamisme

psychique, sa bradypsychie, sa viscosité mentale, le font souvent traiter de fainéant. Cette lenteur d'ailleurs ne s'observe pas uniquement dans le développement de ses idées, — ce qui n'aurait qu'une importance fort relative dans bien des métiers, — mais aussi dans ses gestes. Les mouvements de beaucoup d'épileptiques sont « empesés », lourds, maladroits. Ils manquent d'aisance et de spontanéité. Cela ne contribue pas moins à leur infériorité sociale.

Renvoyés de leurs places à cause de leurs crises, à cause aussi de la lenteur qu'ils apportent à leur travail, les épileptiques arrivent malheureusement à l'obligation de voler, de vagabonder, dans l'impossibilité absolue où ils se trouvent de gagner honnêtement leur vie. C'est là la lamentable situation qui amène les « délits de nécessité ».

« Dans des cas extrêmes, dit M. Ceillier, il est matériellement impossible à l'individu de ne pas se trouver dans un état d'infraction au Code pénal. »

Dans d'autres cas, l'épileptique est relativement privilégié. Les difficultés professionnelles et sociales sont, en effet, réduites au minimum, s'il est de situation aisée, s'il peut être protégé par sa famille. Parfois la conscience que le sujet a de sa maladie, sa volonté de se soigner, triomphent des obstacles.

Comme les résultats de certains dispensaires l'ont prouvé, l'épileptique qui veut bien se soigner peut atténuer dans une considérable mesure les manifestations de sa maladie et son rendement social peut être presque le même alors que celui d'un homme normal.

Chez certains même, l'intelligence particulièrement conservée amène le développement de certaines facultés intellectuelles ou artistiques qui se manifestent d'autant plus que l'adaptation sociale de l'épileptique reste toujours un peu imparfaite.

Mais à côté de ces cas trop rares, combien sont nombreux les épileptiques que leur état amène à la misère et au crime ! C'est de ceux-là qu'il faut s'occuper avant tout. C'est pour ceux-là que l'on a proposé récemment divers moyens d'assistance sociale que nous allons étudier maintenant.

CHAPITRE IV

L'ASSISTANCE SOCIALE AUX ÉPILEPTIQUES

L'incapacité professionnelle et l'inadaptabilité sociale des épileptiques étant les causes principales des délits et des crimes commis par eux, il importe au plus haut point à la société de modifier la situation des épileptiques, de résoudre pour eux le problème de leur existence sociale.

Depuis déjà cent ans maintes tentatives généreuses, maints projets de lois, d'initiation administrative ont été proposés. Et cependant c'est à peine ébauchée à l'heure actuelle que se trouve la réalisation du problème d'assistance sociale aux épileptiques.

En 1834, Ferrus demandait que dans les asiles on réserve une section spéciale pour les épileptiques. Il pensait déjà qu'on pourrait avec avantage les occuper par des travaux utiles. Lors de l'élaboration de la loi de 1838, il avait même proposé que sans être sequestrés, ils fussent hospitalisés dans des refuges spéciaux, installés sur le modèle de la ferme Sainte-Anne, dans laquelle on occupait alors certains psychopathes chroniques, sur son instigation.

Ferrus ne fut pas suivi dans ses projets. En 1853, Perchappe, Legrand du Saulle et Delasiauve publièrent : « De la construction des asiles », intervenant dans ce livre pour les épileptiques. Lasègue les soutint : « La société, dit-il, s'est désintéressée de la pire infirmité qui puisse atteindre un homme ; son assistance lui est prodiguée d'une main avare et comme à regret... »

Pendant le Second Empire, il faut noter une remarquable initiative du grand administrateur Haussmann. Il projetait de bâtir un village pour épileptiques qui dépendrait de Ville-Evrard. Ce village aurait comporté des ateliers et des classes : six cents épileptiques environ auraient pu y être employés à l'agriculture et à l'horticulture. Il faut remarquer que ce projet si intéressant d'Hauss-

mann précédait de beaucoup les fameuses créations des États-Unis. Mais, une fois de plus, des conceptions tout d'abord françaises ne furent pas réalisées en France, mais seulement à l'étranger.

En 1881, une commission extra-parlementaire fut constituée dans le but de réviser la loi de 1838. L'inspecteur général Lunier défendit devant cette commission la création, au voisinage des asiles d'aliénés, de quartiers destinés à recevoir les épileptiques de la région. Il désirait que la société fit pour les épileptiques ce qu'elle avait déjà réalisé pour d'autres infirmes : sourds-muets, aveugles et aliénés, c'est-à-dire qu'elle créât de toutes pièces un ou plusieurs établissements où seraient pris les épileptiques qui ne pourraient être admis ni dans les hôpitaux ni dans les asiles ordinaires d'aliénés.

Il n'est pas donné suite à ce projet. En 1888, Bourneville se déclare plutôt partisan des quartiers annexes d'asiles.

Puis on est séduit par les exemples étrangers et l'on tend à faire prévaloir le système de la colonie autonome. C'est Marandon de Montyel qui, dans une séance de 1893, à la société médico-psychologique, plaide chaleureusement cette cause.

Ce n'est pourtant qu'en 1909-1910 que l'on ouvre pour la première fois une colonie de ce genre, depuis longtemps demandée. Le Conseil général de la Seine, grâce à l'intervention de M. Marie, aménage la colonie de Chezal-Benoît, pour recevoir épileptiques et débiles. La destination primitive de cet établissement semble avoir aujourd'hui changée.

Enfin un mouvement d'études a été provoqué en 1910 par la ligue internationale contre l'épilepsie. Il a fait prendre plus nettement conscience du problème à résoudre. Il a tout d'abord centralisé une littérature fort documentée sur l'existence des œuvres d'assistance dans les différents pays. Puis la ligue est passée aux actes. Elle a rédigé un vœu (émis par M. Muskens), pour que soit prévus dans chaque zone de six à dix millions d'habitants :

1^o La création d'un hôpital spécialisé où l'on puisse procéder à un traitement méthodique et précoce ;

2^o L'organisation d'une colonie réservée aux malades peu atteints au point de vue mental ;

3^o L'aménagement de quartiers spéciaux destinés aux épileptiques aliénés.

Ce vœu a été émis en 1914. La guerre est venue entraver dans tous les pays sa réalisation. Et cependant il faut remarquer combien plus nécessaires, plus urgentes sont, du fait de la guerre, les

mesures à prendre : on sait combien d'épileptiques nouveaux elle a fait. D'après une statistique récente, 25 % , des épileptiques délinquants ou criminels sont des traumatisés du crâne par blessure de guerre.

Qu'existe-t-il, à l'heure actuelle, en France, comme assistance aux épileptiques ?

Le département de la Seine dispose d'une colonie : celle de Lurcy-Lévy ; mais elle est réservée à un bien petit nombre de convalescents, qui n'y séjournent guère que quelques mois après leur sortie de l'asile.

Dans certaines villes, comme à Paris, on les recueille dans des quartiers annexes d'asiles ou d'hospices : tels sont ceux de la Salpêtrière et de Bicêtre. Ils disposent, en outre, de quelques refuges créés par la charité privée. L'établissement de la Teppe est un des mieux aménagés : on compte que les épileptiques peuvent y être au nombre de deux cents. Il y a certainement en France plus de 10.000 épileptiques (certains disent même 40.000). On voit donc que les mesures prises actuellement sont notoirement insuffisantes.

Voyons maintenant ce qui a été fait à l'étranger.

En Belgique, un asile a été affecté tout spécialement aux femmes épileptiques à Ecloo. D'autre part, il existe à Merxplas une section pour condamnés épileptiques. Ceci est dû à l'œuvre poursuivie pour l'individualisation thérapeutique de la peine. Les épileptiques, les commotionnés et les hystéro-épileptiques sont employés dans cette colonie (au nombre de 70 environ).

Ils y sont occupés à des travaux agricoles pendant la bonne saison, et dans quelques ateliers où ils apprennent divers petits métiers, durant la saison froide.

Il s'agit donc là d'une colonie pénitentiaire annexée à la prison. Quand leur peine est terminée ils sont dirigés, les uns vers la colonie de bienfaisance pour vagabonds, les autres vers différentes œuvres de patronages et de réadaptation sociale.

En Hollande, il existe un hôpital spécialement réservé pour les épileptiques, destiné d'ailleurs aux recherches scientifiques à leur sujet et au traitement méthodique des malades, dont certains peuvent être pris au début de leur affection. Une association chrétienne pour le traitement des épileptiques en soigne 400. Elle les place dans deux colonies de types pavillonnaires ; elle les occupe à des travaux d'atelier ou de jardinage.

En Allemagne, la colonie agricole de Bielefeld fut la première

de ce genre a été fondée dans le monde entier. Aujourd'hui l'Allemagne a des institutions importantes : celle de Biedsford, près de Berlin, contient plus de 1.000 malades.

En Angleterre, il existait, dès 1914, huit Homes ou colonies qui abritent 1.480 malades. Un système destiné à améliorer le prisonnier a été mis en œuvre dans ce pays sur l'instigation de Morphy : les prisonniers sont mis à un travail actif et productif à la fois.

« Une méthode ingénieuse de soutien et de récompense permet de rétrograder le prisonnier dans une classe plus pénible ou au contraire de l'élever dans des classes supérieures et plus douces » (A. Ceillier). Ce système établi par Morphy en 1926 est basé sur le principe suivant : « On est généralement arrivé à la conclusion qu'un système d'emprisonnement qui, au lieu de réformer le délinquant le conduisait à la récidive, devait être un défaut. »

Pour les enfants s'est fondé en Angleterre une école d'apprentissage, qui s'est ouverte modestement avec 4 garçons et 2 filles. Or, cette école s'est à tel point développée qu'elle comprend maintenant des ateliers de vannerie, de tissage, de reliure, d'ébénisterie. C'est encore aux ateliers de tissage que les résultats se sont montrés les meilleurs. Mais dans ce pays, comme en France, manquent encore les établissements de grandes fermes ou de colonies agricoles qui, seules peuvent procurer aux épileptiques un asile durable.

En Autriche aussi, de nombreux médecins se plaignent du manque d'assistance aux épileptiques. M. Dreikurs recommande là la création de petites stations et de colonies agricoles, avec travail rémunéré. Il propose surtout l'institution d'un établissement où ils pourraient se reposer, leur journée de travail terminée. L'échec social des épileptiques, écrit cet auteur, semble dû essentiellement à l'absence d'écoles spécialisées pour enfants épileptiques, qui ne sauraient qu'avec désavantage être envoyés dans une école ordinaire ou dans une école pour idiots.

C'est seulement aux Etats-Unis que la réalisation du problème semble vraiment avancée. Les colonies y sont, en effet, très nombreuses et très florissantes. L'Etat de New-York hospitalisait déjà en 1900 plus de 1.400 malades dans la colonie Craig qui comporte une centaine de bâtiments. Plus de 150 jeunes épileptiques y sont éduqués. Quand ils sont un peu plus âgés, on leur apprend un métier. Les adultes épileptiques enfin sont occupés à des métiers divers : les uns font de l'élevage, d'autres du jardinage. Certains travaillent à la cordonnerie, à la peinture, à la briqueterie.

Il fallut dédoubler en 1914 cette colonie qui accueille des malades beaucoup plus nombreux maintenant. Chaque état de l'U.S.A. a actuellement sa colonie propre. Cette organisation semble donc très satisfaisante. C'est tout au moins dans ce pays que les épileptiques reçoivent l'assistance la meilleure. Cependant certains principes de cette assistance paraissent discutables à M. Ceillier.

En effet, M. Shanahan considère qu'il faut instruire les enfants épileptiques avec les enfants normaux. Nous discuterons plus loin ce qu'il faut penser de cette assertion.

D'autre part, dans les colonies agricoles, on reçoit à la fois des épileptiques et des débiles mentaux. M. Ceillier se demande si ce voisinage n'entraîne pas de risques de contagion mentale. Les débiles mentaux semblent bien, en effet, justiciables de protections personnelles et sociales différentes.

Telles sont les mesures prises actuellement dans les divers pays et qui sont des plus intéressantes à connaître pour savoir ce qu'on peut et ce qu'on doit faire en France pour les épileptiques.

La situation actuelle étant reconnue par tous les médecins légistes comme impossible, de nombreuses propositions ont été faites. Parmi les auteurs qui se sont occupés de la question, M. Ceillier est un de ceux qui en ont poussé le plus loin l'étude.

Dans son rapport à la société de psychiatrie, le 18 mai 1926, M. Ceillier déposait les conclusions suivantes :

1^o Une des principales causes de la délinquance épileptique est l'incapacité professionnelle et l'inadaptabilité sociale, véritable état de « bannissement » ou de « proscription » où se trouvent en fait beaucoup d'épileptiques quand ils sont victimes de conditions sociales ou psychiques défavorables.

2^o Ces épileptiques délinquants ne sont ni des malfaiteurs professionnels, ni des pervers, mais des délinquants occasionnels.

3^o Ils sont amendables.

4^o C'est un devoir social que de chercher à trouver la solution qui leur permette de gagner honnêtement et largement leur vie.

5^o C'est seulement s'ils refusent de se soumettre à ces conditions qu'ils devront supporter la responsabilité entière de leur peine.

De ce rapport nous retiendrons tout particulièrement deux faits : d'une part, les épileptiques sont justiciables d'un traitement ; d'autre part, ils peuvent travailler utilement pour eux et la société.

A l'heure actuelle où le traitement par le Gardenal est incontesté, où l'on sait quelles améliorations de la maladie il peut appor-

ter, combien sous son action les crises peuvent s'espacer, il est inadmissible que tous les épileptiques connus par la société ne soient pas traités par ce médicament. Au point de vue strictement médical encore, on sait quelle importance ont les mesures d'hygiène, la tempérance, sur l'évolution de la maladie. Il faut donc pouvoir appliquer ces mesures, et le seul moyen pour cela c'est une assistance bien organisée, tant des épileptiques qui ne sont pas nuisibles à la société que des épileptiques délinquants et criminels. Ces derniers, loin d'être les moins intéressants, sont même ceux dont il faut le plus s'occuper.

L'autre fait important que nous voulons souligner est la possibilité de travail utile.

Un épileptique peut-il travailler ?

Dans quelles conditions doit-il travailler ?

A ces questions essentielles, bien des réponses ont été faites qui sont trop souvent sans fondement. Les médecins même sont dans bien des cas insuffisamment documentés sur le caractère et sur la mentalité de l'épileptique pour pouvoir y répondre, et beaucoup ignorent l'utilité du travail chez ces malades. Aussi donnent-ils une excellente thérapeutique contre la répétition des crises, mais en dehors de cela ils ne laissent aucun conseil utile sur la possibilité de faire travailler l'épileptique, ni sur la méthode à suivre en ce cas. Ainsi, bien des épileptiques, même ceux qui se trouvent dans des conditions d'existence favorables, sont laissés inactifs ou peu occupés. Beaucoup de psychiatres et de neurologistes s'opposent d'ailleurs catégoriquement à toute espèce de travail. Il importe donc de connaître l'avis à ce sujet des spécialistes, de ceux que le contact fréquent avec des épileptiques, avec leur manière de vivre en dehors des crises et des états paroxystiques a rendus particulièrement compétents dans cette question.

Dans un article que M. G. Paul-Boncour, médecin-chef de l'Institut médico-pédagogique de Vitry a consacré à l'éducation des enfants épileptiques, des vues d'ensemble plus instructives sur la possibilité du rendement social des épileptiques se dégagent.

« L'expérience démontre, dit cet auteur, que l'inaction est chose dangereuse chez un épileptique, car un travail soigneusement organisé et rationnellement dosé est manifestement un adjuvant précieux à la thérapeutique. »

En effet, comme chez tout être humain, le travail constitue pour l'épileptique une véritable nécessité vitale. Il exerce sur les fonc-

tions intellectuelles une action utile et favorable en les stimulant, et permet ainsi au système nerveux de maintenir mieux son équilibre. On a pu penser même à un autre bienfait qu'exercerait le travail chez ces malades. Il semble que, dans certaines conditions, il peut être un dérivatif fort actif pour l'excès d'énergie nerveuse présenté par l'épileptique, excès qui amène normalement, — si on ne l'entrave pas, — la décharge paroxystique qui constitue la crise.

Brown-Séguard a fait des expériences sur les animaux rendus épileptiques et il a démontré que, privés de mouvements par suite du séjour dans une cage, ces animaux présentaient des crises plus fréquentes que si on les laissait en liberté.

L'on sait, par ailleurs, combien un travail régulier, méthodique, surveillé médicalement, peut être générateur d'ordre, de discipline, d'équilibre, toutes qualités des plus utiles à l'épileptique.

Quand on voit dans certains asiles ou dans certaines annexes d'hôpitaux les épileptiques groupés dans une salle commune où, toute la journée, ils restent sans s'occuper à rien, où le frottement continu des débilités mentales variées qui s'y rencontrent ne fait qu'entretenir et qu'accroître dans chacun d'eux sa propre faiblesse intellectuelle, on peut se demander si un travail bien ordonné ne serait pas plus profitable au maintien de leurs capacités intellectuelles et à la diminution de leurs crises, sans parler même du coefficient social inutilisé et inutilisable.

Même dans les cas heureusement rares où l'épilepsie évolue vers la démence, — alors que dans ces cas de très nombreux médecins estiment qu'une inactivité complète est une mesure indispensable, — M. G.-Paul Boncour estime que le travail est encore bien souvent recommandable. Il semble conserver, en effet, et utiliser pour le mieux la partie survivante de l'intelligence.

Donc, et à l'avis des spécialistes les plus compétents en la matière (ceux qui n'examinent pas seulement l'épileptique au cours d'une visite rapide, mais qui vivent avec lui), l'occupation mentale et physique forme un « barrage » devant le processus démentiel, alors qu'un reliquat d'intelligence que l'on n'entretient pas finit par s'atrophier bien rapidement.

Ce principe admis, une autre question se pose :

A quel moment l'épileptique peut-il travailler ?

Cette question est, en effet, capitale. Toute la différence entre le travail d'un homme normal et celui d'un épileptique est que chez l'un le travail pourra être à peu près continu, et régulier, et

que chez l'autre l'irrégularité obligatoire en est un caractère essentiel.

Il faut tout d'abord tenir compte de l'état mental de chacun, de l'évolution de sa maladie. Il importe cependant avant tout d'envisager les réactions paroxystiques dont le nombre et la durée règlent les décisions que l'on prendra.

On peut schématiser en divisant la vie de l'épileptique en périodes interparoxystiques d'une part, et en périodes paroxystiques de l'autre, celles-ci comprenant d'ailleurs les phénomènes pré et post-paroxystiques qui l'encadrent.

Il est évident que tout travail doit être suspendu dès que l'on s'aperçoit de la présence des symptômes prémonitoires de l'attaque, même si la durée de ces phénomènes prodromiques est longue, le travail doit cependant cesser immédiatement.

Il ne reprendra que lorsque l'état post-paroxystique aura disparu. Cependant faut-il attendre la cessation complète des troubles qui ne manquent jamais d'apparaître après la crise et qui sont dans la majorité des cas de durée beaucoup plus longue que les phénomènes prémonitoires ?

L'état d'affaiblissement, d'omnubilation, qui est consécutif à une crise est, d'autre part, bien souvent prolongé consciemment (s'il y a intérêt) par le malade. De toutes façons celui-ci renseigne fort mal sur son état après la crise.

A l'en croire il serait toujours bien plus asthénisé qu'il ne l'est en réalité. D'ailleurs il est bien difficile de savoir le degré véritable de cette fatigue. Seul un bon observateur, habitué aux épileptiques, saura faire le départ entre fatigue alléguée et fatigue réelle.

Se basant sur ces faits, se basant, d'autre part, sur les résultats que donne une reprise rapide du travail, certains spécialistes sont d'avis de ne pas attendre la cessation complète des signes, surtout s'ils durent très longtemps. En effet, il semble que le travail tôt repris après la crise (sauf chez quelques malades que l'expérience décélère) est un excellent stimulant à la reprise de l'équilibre normal du sujet. Il est évident qu'il ne faut pas reprendre tout de suite un travail aussi intensif qu'auparavant. Durant deux ou trois journées, par exemple, le travail sera un peu plus simple et un peu moins prolongé.

Une question de grande importance qui se rattache à celle de la possibilité de travail, chez les épileptiques, est cette possibilité chez l'enfant épileptique. L'éducation des jeunes épileptiques est

d'un intérêt sur lequel on ne saurait trop insister ; car c'est d'elle, ainsi que l'ont montré beaucoup d'auteurs, que l'on peut attendre la diminution de la délinquance et de la criminalité chez ces malades, puisqu'elle a pour but de les rendre aptes à la vie sociale. Elle constitue, à vrai dire, la prophylaxie de cette criminalité.

Quel programme d'instruction peut-on faire suivre aux jeunes épileptiques ?

Une opinion généralement admise dans beaucoup de manuels de pédiatrie et de psychiatrie, est que tout épileptique (même à crises rares) est touché intellectuellement. Pour M. Paul Boncour, cette notion vient de ce que les médecins ne voient que les cas sérieux et tenaces et que les statistiques à ce sujet n'englobent pas les enfants d'âge scolaire.

Pour les spécialistes, en effet, bien des enfants épileptiques sont d'une intelligence normale ; certains d'entre eux d'une intelligence au-dessus de la normale. On tient trop compte des troubles du caractère (impulsivité, émotivité, instabilité), et on n'établit pas assez que, malgré ces troubles, l'intelligence est relativement peu touchée à cet âge. La seule manière d'établir le bilan d'une capacité intellectuelle, « les tests de l'intelligence », comme ceux de Binet et Simon, l'ont bien prouvé.

Quant au programme à faire suivre à l'enfant, on peut dire que, d'une manière générale, celui de l'enseignement primaire convient le mieux. S'il est possible, on le rapprochera du plus près que l'on pourra du programme scolaire ordinaire. On peut compter que l'enfant normal travaille environ 20 jours par mois : il n'est pas impossible de faire travailler un nombre de jours égal les enfants épileptiques dont les crises ne sont pas trop fréquentes.

« Il est, en effet, imprudent d'imposer à un écolier de 7 à 13 ans un programme incomplet, alors que l'épilepsie peut disparaître pour toujours » (G. Paul Boncour). Il est, en effet, des formes qu'on a étiquetées « épilepsie psychasténique », qui guérissent très bien après une simple période de calme et de repos général. Telles sont aussi les « attaques épileptoïdes des dégénérés », dont l'évolution est bénigne dans la règle.

En somme, éducation primaire dans la règle, éducation secondaire exceptionnellement. Cependant, M. G. Paul Boncour n'hésite pas à faire suivre cet enseignement à certains enfants chez qui les capacités intellectuelles et le niveau social le rendent possible. Les enfants renvoyés d'un lycée, par exemple, pour crises, alors qu'ils

en suivaient correctement le programme, sont tout à fait justifiables par exemple, d'une telle instruction.

S'il s'agit d'arriérés mentaux, le travail doit être étudié de près. Cependant il faut faire travailler l'intelligence de tout épileptique, même de ceux dont les ressources intellectuelles sont des plus minimales d'une façon permanente.

Une erreur de technique à ne pas commettre est de vouloir forcer la mesure possible que l'épileptique est capable de donner. Une pareille conduite est en effet préjudiciable à la santé et le rendement diminue. En conclusion, il faut donc faire travailler tout enfant épileptique suivant ses possibilités.

Il faut insister sur la nécessité de placer ces enfants *dans un établissement spécial*. En effet, ceux mêmes qui ont des intervalles longs entre leurs crises aboutissent, à un certain moment, à être renvoyés de l'école ordinaire qu'ils fréquentent, ou tout au moins se trouvent en retard du fait de la cessation du travail qu'ils ne peuvent éviter. D'autre part, le caractère si spécial de l'épileptique rend impossible la vie commune avec d'autres enfants normaux. Il faut une technique spéciale de leur éducation. Il est nécessaire qu'ils soient entre les mains de maîtres compétents sur la nature de leur maladie.

En conclusion, ce n'est pas l'hôpital qui convient aux épileptiques, ce n'est pas la prison qui convient aux épileptiques criminels, ce ne peut être non plus des établissements privés, comme il en existe quelques-uns, dus à des initiatives généreuses. La société doit créer légalement pour eux une assistance avec un programme bien défini.

M. Ceillier a proposé, d'une part, la création d'annexes psychiatriques des prisons, comme il en existe en Belgique. Ces annexes permettraient de faire plus aisément le diagnostic, d'étudier de près les divers troubles mentaux que présente l'épileptique inculpé. Il est, en effet, bien difficile d'examiner à fond un malade si on ne peut l'observer dans un service approprié.

D'autre part, comme le dit M. Ceillier, on devrait envisager la création, à la campagne, mais à proximité des grandes villes, de colonies possédant, sous un contrôle spécial de médecins et d'administrateurs, toute une série d'établissements secondaires :

1^o Quartier d'asile pour les épileptiques aliénés ;

2^o Quartier d'hôpital pour les épileptiques non internables et incapables de travail-rendement ;

3° Quartier dit « de rééducation » pour les délinquants et criminels, en suivant les principes des centres d'instruction de l'assistance anglaise ;

4° Ecoles, avec instituteurs spécialisés et avec un programme bien établi ;

5° Centres d'apprentissage avec maîtres ouvriers habilement choisis ;

6° Centres de travail pour adultes ;

7° Centres agricoles (horticulture, primeurs, jardinage, élevage, etc...).

Le but capital de l'œuvre ainsi instituée serait de procurer aux épileptiques qui en sont capables un travail utile et à la fois rémunérateur.

« Ce qui importe avant tout, ont dit A. Ceillier et P. Vervaeck, est de leur donner l'occasion de gagner leur vie, occasion qu'ils ont vainement cherchée dans les cadres habituels du travail industriel. » Ce qui est intéressant pour la société, c'est le service que peuvent lui rendre, dans des conditions bien comprises, les épileptiques. Il ne faut pas croire que ces malades sont seulement capables de ce qu'on a appelé « le travail traitement ». Ils peuvent aussi fournir le « travail rendement ».

Ainsi l'épileptique ne se sentira plus un paria, en marge de la société, une victime et un inutile. En se rendant compte de la place qu'il peut et qu'il doit occuper, il se soumettra d'autant plus volontiers à l'assistance qu'on lui proposera.

Évidemment, la réalisation de cette œuvre se heurtera à de grandes difficultés administratives. Il serait impossible de réunir les capitaux nécessaires si l'on voulait faire surgir de terre en quelques années des colonies merveilleusement aménagées, comme il en existe aux Etats-Unis. Mais le début de l'effort peut être modeste, n'atteindre que peu à peu ces exemples de colonies modèles. Il faut se souvenir que c'est la simple acquisition d'une cabane de paysan à l'orée d'une forêt de Westphalie qui fut l'origine de la célèbre et florissante colonie de Bielefeld.

CONCLUSIONS

1° Au point de vue de la physiologie pathologique, l'épilepsie nous apparaît comme résultant de l'inhibition d'un centre déterminant la libération des centres subordonnés. Il y a donc lieu de distinguer, parmi les manifestations épileptiques, des phénomènes négatifs liés à l'inhibition et des phénomènes positifs liés à la libération de contrôle.

2° Parmi les phénomènes négatifs, l'inconscience et l'amnésie sont habituelles, mais loin d'être constantes ; parmi les phénomènes positifs, en dehors de l'automatisme proprement dit, il nous a semblé nécessaire de distinguer des manifestations psychiques plus élevées que nous avons décrites sous le nom d'activité seconde. Cette activité seconde émane d'une véritable personnalité seconde qui s'extériorise à la faveur d'une éclipse de la personnalité normale.

3° Le fond mental des épileptiques présente des parentés importantes avec la personnalité seconde paroxystique. Grâce à une lenteur des associations, ces sujets sont capables de rester attachés à une idée pendant plus longtemps et avec plus d'intensité qu'un sujet normal. De ce fait, cette idée passe plus facilement à l'exécution.

4° Les manifestations antisociales des épileptiques sont fréquentes : ce sont des délits et crimes commis soit au moment des crises, soit sans rapport avec celles-ci. Parmi ces derniers, il y a lieu de distinguer des actes liés à des troubles psychiques permanents des épileptiques, des actes liés à leur inadaptabilité sociale et enfin des délits de nécessité.

5° La législation actuelle ne semble pas tenir compte de toute la complexité de la question. Il n'y a pour les épileptiques actuellement que la prison ou l'asile (ce dernier d'ailleurs d'une façon illégale). En dehors de ces deux cas, ils tombent fatalement dans la misère et tendent vers la criminalité banale, souvent en se laissant entraîner par les malfaiteurs professionnels.

6° Pour remédier à cette situation, deux mesures semblent

indispensables : d'une part, la création d'annexes psychiatriques des prisons ; d'autre part l'aménagement d'établissements spéciaux destinés à abriter les épileptiques. Dans ces colonies spéciales, on pourrait mettre en œuvre tous les procédés de traitement : le gardénal, l'hygiène indispensable des épileptiques, et c'est là qu'on pourrait rendre ces sujets dangereux utiles pour la société en les faisant travailler.

BIBLIOGRAPHIE

- BALL : Note sur un cas d'épilepsie larvée avec conscience. *Encéphale*, 1886, p. 429.
- BARUK : Sur quelques aspects de l'automatisme épileptique. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1930, p. 401.
- BÉNON et FROISSART : L'Automatisme ambulatoire. *Gaz. des Hôp.*, 31 juillet 1909.
- BERGSON : *L'Evolution créatrice*.
- BILLOD : *Annales Méd. Psychol.* 1858, t. II, p. 611.
- BINSWANGER : *Die Epilepsie*. Vienne, 1913.
- BOURNEVILLE et BRICON : Epilepsie procursive. *Arch. de Neur.*, mai 1887.
- BRIAND et COSTEDOAT : Aur. épileptique anormalement prolongée. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, juillet 1924.
- CEILLIER : La Responsabilité pénale des épileptiques et leur assistance. *Rapport au XIV^e Congrès de Méd. lég.*, Paris, 1929.
- CEILLIER et VERVAECK : L'Assistance par le travail aux épileptiques. *Hygiène ment.*, 1927, n° 4.
- CESTAN : *Les épilepsies*, Paris, 1922.
- CHARCOT : *Leçons du mardi*, Paris, 1888.
- CHANTEMESSE et WIDAL : *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 27 juin 1890.
- CHRISTIAN : Epilepsie, folie épileptique. *Congrès de Méd. Ment.*, 1878.
- CHRISTOFFEL : Gedankengang in Epilepsie. *Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych.*, 1920.
- CLARK : Conscious Epilepsy Amer. *Journ. Insan.*, oct. 1909.
- CLAUDE : Epilepsie fruste et fugues. *Revue gén. de clin. et de théér.*, 1913, p. 71.
- CLAUDE et BAUDOIN : Forme de délire ambulant automatique et conscient chez des épileptiques. *Encéph.*, 1907, p. 80.
- LEGRAND DU SAULLE : *Etude médico-légale sur les épileptiques*. Paris, 1877.
- LIVET : *Soc. de Psych.*, 20 oct. 1921.
- LUYS : *Maladies mentales*, 1881.

- MAGNAN : Leçons cliniques sur l'épilepsie. *Progrès Méd.*, 1882.
- MAGNUS : *Körperstellung*, Berlin, 1924.
- MARCHAND : Des accès épileptiques avec conservation de la conscience. *Presse Méd.*, 2 avril 1924.
- MARCHAND et BAUER : Activité automatique coordonnée. *Soc. Cl. de Méd. ment.*, 16 nov. 1925.
- MAXWELL : L'Amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie. *Thèse de Bordeaux*, 1903.
- MERKLEN : Types d'épilepsie. *Presse Méd.*, 25 janv. 1930.
- M^{me} MINKOWSKA : Epileptoïdie. *Encéph.*, 1903, p. 545.
- MOREAU (de Tours) : Un cas d'automatisme ambulatoire. *Union Méd.*, 1861, t. IX, p. 91.
- MOREL : *D'une forme de délire suivi de surexcitation nerveuse et se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie*, Paris, 1860.
- MUSKENS : *Epilepsie*, Berlin, 1926.
- PAGNIEZ : *L'Epilepsie*, Paris, 1930.
- PARANT : Des impulsions irrésistibles des épileptiques. *Congrès de Bordeaux*, 1895.
- G.-Paul BONCOUR : L'Assistance aux épileptiques. *Progrès Méd.*, 5 juillet 1920.
- PICARD : Des actes automatiques de nature comitiale. *Thèse de Paris*, 1927.
- PITRES : Etudes sur quelques équivalents de l'épilepsie partielle. *Revue de Médecine*, 1888, p. 609.
- RAYMOND et JANET : *Névroses et idées fixes*, 1898.
- SÉGLAS : Considérations cliniques et médico-légales sur l'amnésie rétrograde des épileptiques, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1897.
- SIMMERLING : *Neurol. Zentralbl.*, 1895.
- SOLLIER : Considérations sur certains cas d'épilepsie de nature indéterminée. *Médecine Intern.*, juin 1928.
- CLAUDE, MONTASSUT et RAFFLIN : L'hyperpnée expérimentale. *Congrès de Méd. lég.*, Paris, 1926.
- CROUZON : *Le syndrome épilepsie*, Paris, 1929.
- DREIKURS : Einige Probleme der Epileptikerfürsorge. *Wien. Klin. Woch.*, 1926, p. 602.
- DUCOSTÉ : De l'Epilepsieconsciente et mnésique. *Thèse de Bordeaux*, 1899.
- DUCOSTÉ : *Soc. Méd. Psychol.*, 26 avril 1920.

- DUPONCHEL : Etude clinique et médicale des impulsions morbides de déambulation chez les militaires. *Ann. d'hyg. publ. et de Méd. lég.*, juillet 1888.
- DUPRÉ : Les Auto-accusateurs au point de vue médico-légal. *Congrès de Grenoble*, 1902, t. I.
- ECHEVERRIA : La Folie épileptique. *Congrès de Paris*, 1878.
- FALRET : De l'Etat mental des épileptiques. *Arch. gén. de Méd.*, 1860.
- FÉRÉ : Les Epilepsies et les épileptiques, Paris, 1890.
- FINLAY : Clinical observations on epileptic insanity. Glasgow, 1888.
- FOIX : Questions neurologiques d'actualité, 1922.
- FORSTER : Allg. Zeitschr. f. Neur. u. Psych. 1921.
- FOVILLE : Physiologie pathologique des convulsions. *Ann. Méd. Psych.* 1869, t. VI.
- GILLES et CANIAT : Données psychanalytiques sur les épileptiques. *Ann. Méd. Psychol.*, déc. 1925.
- GOWERS : The Border-Land of Epilepsy. London, 1907.
- HEILBRONNER : Jahrbuch f. Psych. u. Neur. 1903, t. XXIII, p. 107.
- HEUYER et LAMACHE : Epilepsie et automatisme mental. *Soc. Psychiatrie*, 18 déc. 1924.
- HITZIG : Zur Geschichte der Epilepsie. *Arch. f. Psych.*, 1897.
- H. JACKSON : *Med. Press and Circular*, 1874, p. 409.
- WILLIAM JAMES : Précis de psychologie, trad. française.
- JANET : L'automatisme psychologique, Paris.
- DE JONG : Phénomènes rythmiques du système nerveux normal et malade. *Revue neurol.*, 1928, p. 367.
- DE JONG et BARUK : Catatonie expérimentale par la bulbo-capnine, Paris, 1930.
- SOUQUES : Remarques sur quelques formes d'épilepsie larvée. *Sem. des Hôp. Paris*, 1928, p. 171.
- TARDIEU : Etudes médico-légales sur la folie, Paris, 1872.
- TOULOUSE, MARCHAND et LITVACK : Actes complexes et coordonnés au cours de l'épilepsie. *Soc. Cl. de Méd. ment.*, 18 fév. 1924.
- TOULOUSE, MARCHAND et MONTASSUT : Manifestations conscientes et inconscientes dans l'épilepsie. *Soc. Cl. de Méd. ment.*, 16 mars 1924.
- TOULOUSE, MARCHAND et TARGOWLA : Automatisme ambulateur. *Soc. Cl. de Méd. ment.*, 15 janv. 1923.
- TROUSSEAU : Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1865, t. II.
- VALLON : Discussion du rapport de Parant.

- J. M. DE VILLAVERTÉ : Considérations sur l'épilepsie extrapyramidale. *Encéphale*, 1930, n° 3.
VOISIN : Responsabilité des épileptiques. *Congrès de Bordeaux*, 1895.
VOISIN : L'épilepsie, Paris, 1897.
WALLON : La mentalité épileptique. *Journal de Psych.*, juin 1925.
WEYGANDT : Atlas manuel de psychiatrie, Paris, 1904.
WILSON K. : The epilepsies, Varsovie, 1929.
ZIEHEN : Zur Physiologie der infracorticalen Ganglien. *Arch. f. Psych.* vol. XXI.

VU :

Le Doyen,
Pr BALTHAZARD.

VU :

Le Président de la Thèse,
Pr H. CLAUDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7

PREMIÈRE PARTIE

Etude sur le mécanisme psychologique de l'Epilepsie

CHAPITRE PREMIER. — Conception actuelle de l'épilepsie . . .	15
CHAP. II. — Mécanisme des phénomènes psychiques de l'épilepsie	23
a) Phénomènes de nature inhibitoire du paroxysme comitial	24
b) Phénomènes de libération du contrôle	33
c) Le fond mental des épileptiques	49

DEUXIÈME PARTIE

Observations.	53
-----------------------	----

TROISIÈME PARTIE

Aspect médico-légal du problème de l'épilepsie

CHAPITRE PREMIER. — Les formes médico-légales de l'épilepsie .	167
CHAP. II. — Diagnostic médico-légal de l'épilepsie	177
CHAP. III. — La responsabilité pénale des épileptiques . . .	183
CHAP. IV. — L'assistance sociale aux épileptiques	198
Conclusions.	209
Bibliographie	211

